



REPORTE CIRCULAR EXTERNA 000003 de 2018 - Código de Conducta y de Buen Gobierno IPS 2020

SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE BOGOTÁ  
HOSPITAL DE SAN JOSÉ  
Colombia

numm respme medexp		
1	1	Al interior de los estatutos de la Sociedad de Cirugía de Bogotá Hospital de San José, esta contemplado en el Capítulo VII art 25 en los derechos y deberes de los miembros, todos los derechos consagrados en la constitucion Nacional asi como el trato digno, asi mismo en el art 26 se contemplan los deberes el cumplir con los reglamentos de la asamblea.
2	1	En la Sociedad de Cirugia de Bogotá Hospital de San José se cuenta con una secretaria de presidencia, una de sus funciones es ser el punto de atencion directo de los Miembros de la Sociedad, asi como el envio de informes, invitaciones sugerencias, asi mismo ella se encarga de divulgar las actas de asamblea y Junta directiva a cada uno de sus miembros. Estos Procesos estan definidos con el secretario de la Junta Directiva de manera ue se garantice la informacion clara oportuna y confiable.
3	1	En los estatutos de la Sociedad de Cirugia de Bogotá Hospital de San José capitulo V art 16 define los temas y tiempos de reunion de la asamblea el art 17 la composicion de la misam asi como el quorum y las convocatorias y en el art 18 las actas de la asamblea
4	1	Se tiene definido los canales por los cuales se realizan las convocatorias, tanto en fisico como en medio electronico, siendo medios suficientes hasta el momento para compartir la informacion, sin embargo no se tiene al interior de la pagina Web, intranet o sistema de informacion un espacio destinado unica y exclusivamente para los miebros. Se estudiara esta parte de la medida.
5	1	Las convocatorias se realizan con los parametros establecion en la ley, se realizara un fortalecimiento en el numeral d, ya que no se deja explicito en la invitacion los mecanismos, aunque esten en el procedimiento, asi mismo en el numeral e, ya que se trata al interior de la asamblea, no desde la convocatoria.
6	1	Se tiene establecido al interior de la asamblea desde la convicatoria la agenda en orden logico y secuncual que pertima tener reuniones altamente efectivas, evitando la repeticion de temas a tratar.
7	1	Los temas a tratar al interior de la asamblea, son temas concernientes a las funciones de la misma, las cuales se puede encontrra en el Capitulo III art 19 de los estatutos, entre estos temas a tratar son: pautas en el manejo de los asuntos asistenciales, economicos, investigativos, docentes y culturales, politicas y programas, el nombramiento del revisor fiscal y suplente y fijar su remuneracion, celebracion de negocios juridicos, contratos convenios, inversiones, operaciones de credito, balance general, presupuesto, gastos, montos de gastos y compras.
8	0	En el articulo 17 de los estatutos se establece que es indelegable, por tal motivo se estudiara acatar esta medida
9	0	En el articulo 17 de los estatutos se establece que es indelegable, por tal motivo se estudiara acatar esta medida
10	1	La sesiones de la Asamblea estan presedidas por el presidente y queda constancia en acta con la firma de el o en caso extraordinario del visepresidente. Art 18 de los estatutos
11	1	Las funciones de la asamble las cuales se puede encontrra en el Capitulo III art 19 de los estatutos,son:elegir miembros de la junta directiva, presidente, vicepresidente y secretario, fijar pautas en el manejo de los asuntos asistenciales, economicos, investigativos, docentes y culturales, definir metas, politicas y programas, someter a consideracion asuntos de los miembros de la asamble, aceptar el ingreso de nuevos miembros a la sociedad de cirugia, nombrar el revisor fiscal y suplente y fijar su remuneracion, aprobar la celebracion de negocios juridicos, contratos convenios, inversiones, operaciones de credito, revisar el balance general, presupuesto, gastos, montos de gastos y compras.
12	N	
13	N	
14	N	
15	0	La Sociedad de Cirugia de Bogotá Hospital de San Jose Cuenta con mecanismos de resolucion de controversias, sin embargo estas no estan explicitos en los estatutos
16	N	
17	1	La Juanta Directiva de la Sociedad de Cirugia de Bogota Hospital de San Jose cuenta con las siguientes funciones: 1. administrativas: dirigir y administrar la institucion, Nombrar el director general, sus funciones y su remuneracion, nombrar, remover o aceptar renunciias de jefes de departamentoasi como cargos cientificos y administrativos, fijar sus funciones y remuneracion, evaluar, crear suprimir y actualizar las funciones de los cargos, asi como estratificar salarios de acuerdo a estos, imponer sanciones que haya lugar, crear, reglamentar y desarrollar comites cuando la ley no lo ha hecho previamente. 2. Cientificas y asistencias: organizar sistemas de atencion medica, proprender por la investigacion. 3. Financieras: planear y orientar la gestion economica, estudiar el presupuesto anual de rentas y gastos, presentado por el director general y subdirector financiero, y los estados financieros, aprobar gastos y autorizar la firma de los contratos por los montos asignados, aprobar la celebracion de negocios juridicos, contratos, convenios, inversiones u operaciones de credito, suscripcion de polizas, avales y garantias, en la cuantia que sea asignada por la asamblea general, 4. Otras: velar por el estricto cumplimiento de los estatutos, las disposiciones legales, y las desiciones de la asamblea, aprobar todas las construcciones y las modificaciones arquitectonicas que se hagan en la sede, crear y conceder los reconocimientos, estímulos y condecoraciones para aquellas personas o instituciones que hayan prestado invaluable servicios a la Sociedad de cirugia de Bogotá Hospital de san José, demas funciones de los estatutos y que delegue la asamblea.
18	1	La Junta Directiva de la Sociedad de Cirugia de Bogotá Hospital de San Jose realiza revision peridica de la politica de compras, comportamiento de los trabajadores y de inversiones, cada uno de estos items queda reflejado en al acta de junta y en caso de ser necesario un seguimiento o una intervension la junta directiva delega al Director General o alguno de los subdirectores para tal fin.
19	1	En el Articulo 22 de los estatutos queda clara la conformacion de la junta directiva por 7 miembros, conformados por el Presidente, visepresidente, secretario, expresidente, rector de la universidad y dos vocales. Esto permite que las decisiones sean efectivas y resolutivas
20	1	En el Articulo 49 de los estatutos queda plasmado los requisitos que debe tener el director genereal y sus funcionarios haciendo enfasis en la experiencia administrativa en instituciones prestadoras de servicios de salud
21	1	Todos los miembros de la Junta directiva cuentan con su respectiva carta de aceptacion que incluye todos los item mencionados, sin embargo, se debiera dejar plasmado en un procedimiento de junta directiva esto.
22	1	La Junta directiva de la Sociedad de Cirugia de Bogotá Hospital de San Jose tiene identificado el origen de los distintos miembros
23	0	la Junta directiva esta integrada en su mayoria por miembros ejecutivos, se revisara con la oficina Juridica y se tomaran las medidas correspondientes.
24	0	la Junta directiva esta integrada en su mayoria por miembros ejecutivos, se revisara con la oficina Juridica y se tomaran las medidas correspondientes.

25	1	Los Estatutos de la Sociedad de Cirugía de Bogotá - Hospital de San José, renovados en 2012 y vigentes a la fecha, tienen definida en el Capítulo VI, del Artículo 22 al 24, la composición de la Junta Directiva, Período de la Junta, sus funciones administrativas, Científicas y Asistenciales. En el Código de Buen Gobierno se prevén algunos conflictos de interés que pueden presentarse y cómo neutralizarlos.
26	0	Son en total 7 miembros de Junta Directiva. El Expresidente y el Vicepresidente, no tienen ninguna dependencia jerárquica con el Presidente y los demás miembros de Junta Directiva.
27	1	Se cuenta con un comité de Dirección, regulado por estatutos artículo 35, cuya finalidad es la coordinación y ejecución de las políticas, planes y programas científicos, asistenciales, docente, financieros y administrativos. El comité se presenta la hoja de vida con trayectoria de todos los nuevos cargos, para luego ser presentados en Junta Directiva.  La Junta Directiva hace evaluación anual de los integrantes o miembros a través de una encuesta de autoría de INALDE, en el que se incluye valoración global de las funciones de junta Directiva frente a la planeación estratégica, los planes de sucesión de miembros de junta, y luego evaluación específica de cada cargo. Se incluye evaluación también de Director y Subdirectores. Para la selección de nuevos miembros de Junta Directiva, se tienen establecidos como requisitos mínimos: que el candidato sea miembro de la Sociedad de Cirugía de Bogotá, que trabaje por la promoción del hospital y del servicio al cual pertenece, educación formal en áreas administrativas, liderazgo dentro de su profesión y que se destaque por su desempeño académico, administrativo y asistencial. Adicionalmente el candidato debe cumplir con los criterios establecidos en el régimen de inhabilidades, incompatibilidades, prohibiciones e impedimentos.  También por estatutos se tienen definidos los criterios de admisión de nuevos miembros a la Sociedad de Cirugía, clasificándolos como miembros de número, miembros asociados y miembros correspondientes. En todos los casos en Junta Directiva se presentará por escrito a los candidatos, quienes además deberán presentar un trabajo original de su autoría de carácter científico, médico, docente o administrativo, que luego será sustentado en Asamblea.
28	1	Los estatutos de la Sociedad de Cirugía de Bogotá - Hospital de San José, renovados en 2012 y vigentes a la fecha, tienen definida en el Capítulo III, del Artículo 8 al 13, el régimen de inhabilidades, incompatibilidades, prohibiciones e impedimentos. En capítulo VIII artículo 28 está el régimen disciplinario de cargos científicos y administrativos y luego las funciones específicas del Presidente, Vicepresidente, Secretario de Junta. En el capítulo XII, hace referencia a los altos funcionarios del Hospital, Director y Gerente.
29	1	La Junta Directiva tiene entre sus funciones, la dirección y administración de la Sociedad, incluyendo la organización de los sistemas de atención médica, lo mismo que de otras funciones financieras, científicas, asistenciales, administrativas, tomando las decisiones que se requieran, para asegurar el correcto funcionamiento de la organización.  En el artículo 29 de los Estatutos, se encuentran específicas las funciones del Presidente, dentro de las cuales está la de informar anualmente a la Asamblea General, acerca de la gestión y marcha del Hospital y de las instituciones docentes e la Sociedad. Sin embargo, también está definido reuniones mensuales de asamblea, en las que se presenta periódicamente los avances de la gestión y del cumplimiento de la normatividad interna y externa.
30	1	En el artículo 29 de los Estatutos, se encuentran específicas las funciones del Presidente, dentro de las cuales está la de presentar a la Junta Directiva los candidatos que serán designados para representar a la Sociedad ante distintos organismos, lo mismo que proponer los candidatos para los cargos de Director médico y gerente. El perfil de los candidatos es presentado en la Asamblea, dado que la primera condición es que sean miembros de la Sociedad de Cirugía, de manera que todos los miembros de la asamblea, ya conocen el currículum de los candidatos. En la reunión ordinaria de la asamblea, se realiza el análisis de los perfiles de los diferentes candidatos, se hace elección y posesión en la misma sesión.
31	1	En la posesión de los miembros de Junta Directiva y los altos Directivos, se hace explícito el compromiso de conocimiento, el acuerdo y el cumplimiento de los Estatutos y de las directrices del código de Buen Gobierno y del código de ética y buena conducta, lo cual queda registrado en el acta de la Junta.
32	1	En los estatutos de la Sociedad de Cirugía de Bogotá, se encuentran consideradas las funciones de la Junta Directiva, capítulo VI, dentro de las cuales está la de tomar decisiones a las que haya lugar de conformidad con los estatutos, lo mismo que la de dictar su propio reglamento. En capítulo VIII artículo 28 está el régimen disciplinario de cargos científicos y administrativos y luego las funciones específicas del Presidente, Vicepresidente, Secretario de Junta. En el capítulo XII, hace referencia a los altos funcionarios del Hospital, Director y Gerente.
33	1	La Junta Directiva tiene definida un Plan de trabajo específico que corresponde al Plan de Dirección y Gerencia, al cual se le hace seguimiento trimestral. Por otra parte, es responsable del seguimiento de los Planes operativos definidos desde el Direcciónamiento estratégico, del cual se hace seguimiento semestral. Independiente del Plan de Dirección y Gerencia, la Junta Directiva tiene definidos por estatutos reunión el último lunes de cada mes.
34	1	En capítulo VI de los Estatutos de la SCB, se encuentra definido la frecuencia de reunión de Junta Directiva, lo mismo que las funciones administrativas, científicas, asistenciales y financieras. Se tiene definido reunión ordinaria el último lunes de cada mes, pero pueden citar reuniones extraordinarias, a necesidad. Por tanto se cumple con un mínimo de 12 reuniones al año.
35	1	Dentro de las funciones establecidas para el secretario de la Junta Directiva, se encuentra determinado en el artículo 31, la comunicación por escrito de las disposiciones establecidas por la Junta y Asamblea, para lo cual se envía en medio físico o por correo electrónico 15 días antes de la sesión ordinaria, el acta y acuerdos de Junta anterior, para la revisión y aprobación en la siguiente sesión.
36	1	La Junta Directiva hace evaluación anual de los integrantes o miembros a través de una encuesta de autoría de INALDE, en el que se incluye valoración global de las funciones de junta Directiva frente a la planeación estratégica, los planes de sucesión de miembros de junta, y luego evaluación específica de cada cargo. Se incluye evaluación también de Director y Subdirectores. Calidad y Auditoría médica hace evaluación anual del funcionamiento de los comités institucionales, entre los cuales se encuentran los estatutarios, los de obligatorio cumplimiento y los de conformación voluntaria, presenta los resultados en el comité de calidad y posteriormente el informe es presentado en Junta Directiva, donde se toman decisiones sobre conformación, periodicidad de reuniones, ingreso o cierre de comités.
37	1	Desde el direccionamiento estratégico están definidos los estándares de calidad superior con miras a la acreditación. Para esto como parte del orden del día de cada Junta Directiva ordinaria, se hace seguimiento al proceso de Acreditación, con informe a cargo de Calidad y Dirección General.
38	1	En la actualidad se cuenta con 30 comités y 25 equipos de mejoramiento. Calidad y Auditoría médica hace evaluación anual del funcionamiento de los comités institucionales, entre los cuales se encuentran los estatutarios, los de obligatorio cumplimiento y los de conformación voluntaria, presenta los resultados en el comité de calidad y posteriormente el informe es presentado en Junta Directiva, donde se toman decisiones sobre conformación, periodicidad de reuniones, ingreso o cierre de comités. la evaluación incluye cumplimiento de responsabilidades, objetivos, plan de trabajo y cumplimiento de metas de los indicadores de gestión definidos para cada uno.

39	1	La documentación de la gestión de comités se realiza en el Sistema de gestión Integral Almera, el cual incluye ficha técnica de cada comité, registro de actas, registro de indicadores, seguimiento a compromisos y tareas de cada reunión y seguimiento al cumplimiento de asistencia y de tareas. Calidad hace seguimiento y presenta informe en comité de calidad y ósteriormente a junta Directiva.
40	1	Toda conformación de comités, sus integrantes y funciones, son autorizados por Junta directiva y según sea necesario, se avala la inclusión o retiro de comites, posterior a informe presentado por Calidad y auditoría médica. Enn dicha revisión se hace confirmación del presidente y secretario de cada comité, lo mismo que el cargo y nombre de los demás integrantes.
41	1	Toda conformación de comités, sus integrantes y funciones, son autorizados por Junta directiva y según sea necesario, se avala la inclusión o retiro de comites, posterior a informe presentado por Calidad y auditoría médica. Se cuenta con un plan de reuniones institucionales (comités y equipos de mejoramiento) con periodicidad de reuniones que va desde semanal hasta trimestral, según normatividad o acuerdo de Dirección General. Se cuenta con cronograma mensual de reuniones el cual es aprobado por Dirección Médica y Junta Directiva en comité de calidad y en Junta Directiva respectivamente.
42	0	Todos los presidentes de los comités y/o equipos de mejoramiento son directivos, o líderes de procesos asistenciales o administrativos
43	1	Se cuenta con un comité de Calidad de reunión quincenal y un equipo primario de mejoramiento institucional que sesiona trimestralmente, en el que se hace seguimiento a los procesos asistenciales y administrativos. Adicionalmente el comité de Direccón, realiza seguimiento a los proyectos institucionales.
44	1	En Estatutos, Capítulo IX, artículo 33, se establece el comité Económico administrativo, compuesto por Presidente de la Sociedad, Vicepresidente, Director del Hospital, Dos miembros prestantes de la comuniad escogidos por la Jutna Directiva y expertos en ciencias económicas y administrativas. Dicho comité asesora a Junta directiva en aspectos financieros y administartivos, con el fin de lograr unadecuado desarrollo de la Sociedad y sesionará por citación del Presidente.
45	1	Se tiene establecido el control de los procesos institucionales desde tres áreas: 1. Área Financiera: con auditoría Interna, con plan de auditoría basada en riesgos, según matriz de evaluación de esa dependencia. Se realiza seguimiento semanal en equipo de Ciclo del efectivo y se presenta informe de manera directa e independiente a Presidencia. 2. Área Médica: se realiza auditoría de calidad asistencial y de servicio, mediante cronograma de auditoría documentado en PAMEC, con seguimiento al cumplimiento de manera trimestral y con evaluación del cumplimiento de las tareas a través de planes de mejoramiento. Esto se reporta en comité de calidad, en equipo de mejoramiento y en Junta Directiva. 3. Área Jurídica: Se realiza seguimiento de riesgo de situaciones jurídicas y seguimiento al Sistema de riesgo de Lavado de activos y financiamiento al terrorismo, haciendo reporte directo e independiente a Presidencia.  Informe de este control se presenta en Junta Directiva y Asamblea, a través de Dirección o Presidencia.
46	0	Todos los presidentes de los comités y/o equipos de mejoramiento son directivos, o líderes de procesos asistenciales o administrativos
47	1	La SCB HJS cuenta con el instrumento Organizacional, Código de Buen Gobierno DE-IO-08, donde se puede encontrar que el comité de gobierno organizacional estaria siendo ejecutado por 4 comites asesores, los cuales se relacionan a continuacion: 1. Comité de Dirección como organismo asesor de la junta directiva de la institucion, quien tiene como finalidad la coordinación y ejecución de las políticas, planes y programas científicos, asistenciales, docentes, financieros y administrativos ordenados por la Junta Directiva. Los integrantes del comite son el Jefe de Talento Humano, asesor de preseidencia, Director Medico, Presidente de la Institucion, miembros de la sociedad, vicepresidente de la institucion. 2. El Comité Económico Administrativo (Ciclo del Efectivo) asesora a la Junta Directiva en aspectos financieros y administrativos con el fin de lograr un adecuado desarrollo de los fines de la Sociedad. Los integrantes del comité es auditoría interna, lider de glosas, jefe de costos y planeacion, Jefe de facturacion, subdirector administrativo y financiero, jefe de contabilidad, jefe de contratacion y jefe de auditoria medica. 3. El Comité de Compras asesora la adquisición de bienes y servicios, garantizando que cumplan con los requisitos de calidad, precio y utilidad para el desarrollo de los planes y programas que se proyecten en la institucion. Los miembros son Lider de Almacen, Director General, coordinador de almacen, Jefe de medicina interna, coordinador medico, subdirector financiero y administrativo. 4. El Comité Docente asesora el desarrollo de la Sociedad desde la perspectiva docencia — servicio y la organización de la biblioteca de la institucion en conjunto con la FUCS. Los miembros son Direccion medica y delegados de cada uno de los convenios.
48	1	Entre las funciones de los cuatro comites asesores de la Junta Directiva (Comité directivo, comité económico y administrativo, comité de compras y comité docente) se incluyen las que se encuentran mencionadas en la medida 48; pero se deben describir de forma puntual las que se encuentran dirigidas a 1. Supervisar el cumplimiento de la política de remuneración de los administradores. 2. Proponer los criterios objetivos por los cuales la entidad contrata a sus principales directivos y personal asistencia. 3, Proponer una política de remuneraciones y salarios para los empleados de la entidad, incluyendo la Alta Gerencia. Estas funciones se pueden encontrar implícitas en la que se tiene establecida como "Desarrollar estrategias y mecanismos de integración, coordinación y operación que garanticen el funcionamiento del hospital". El proceso de información y comunicación de todos los asuntos que tienen que ver con el Gobierno de la organización, se maneja desde la Asamblea y la junta directiva como su representante y en orden jerárquico hasta el área operativa. Las directrices, normas y mandatos que desde allí se generen se comunican a los jefes de área, quienes son responsables de la difusión a todos sus colaboradores. Se tiene determinado un sistema de evaluacion y control a directivos, con el fin de verificar los resultados de su gestion en cuanto al cumplimiento de los objetivos y metas establecidos por la Junta Directiva en representación de la Asamblea General, a traves de una evaluacion anual mediante la presentación de informes que permitan el reconocimiento al mérito de los directivos, fomentando su motivación, productividad y compromiso con los objetivos organizacionales. De igual forma se realiza evaluacion del desempeño en temas relacionados a los objetivos del cargo y las competencias del directivo. La insitucion cuenta con políticas sobre el conflicto de intereses en el área médica y área administrativa. Igualmente politicas que orientan la gestión de la empresa con sus clientes externos: en materia de intereses sectoriales, en la contratación de servicios, la calidad de la atención en materia de prestación de servicios de salud y las políticas de responsabilidad social y frente al medio ambiente.
49	1	La SCB HSJ cuenta con el Manual de Calidad Institucional bajo el código GC-MA-01, con fecha de revision 2018-10-19, donde se establecen los diferentes comites voluntarios (Comité Amable, Comité de Tecnologia, Comité de Calidad, Comité de Seguridad Clínica, Comité de Gerencia, Comité de Gestion Financiera, Comité de Comunicaciones, Comité de Infraestructura - Comité de Obra, Comité de Auditoria Interna, Comité de Convivencia y Comité Jefes de Departamento) y obligatorios (Comité de Historias Clínicas, Vigilancia de Eventos de Reporte Obligatorios en Salud Publica, Comité de Farmacia, Comité de Farmacovigilancia, Comité Institucional de Trasplantes, Comité de Ética Hospitalaria, Comité de Ética en Investigacion, Comité de Mortalidad, Comité de Tecnovigilancia y Reuso, Comité de Emergencias, Comité de Gestión Ambiental y Residuos Hospitalarios, Comité Paritario de Salud Ocupacional, Comité de Transfusiones y Docencia Servicio) en los cuales segun el Documento de Gestion de Riesgo código GC-PC-16 de Junio del año 2017 son espacios de analisis de riesgos. Desde el Comite de Calidad constituido desde Junio del año 2008, conformado por Jefe de la Oficina de Calidad, referente de acreditacion, Subdirector Medico, Director General, Subgerente Administrativo y Financiero, Auditoria Interna y Jefe de Talento Humano; desde el comité se lideran y monitorean las estrategias de gestion del riesgo con las que se cuentan en la Institucion. Los comites antes mencionados se encuentran conformados por profesionales de la salud, personal a corde al tema relacionado segun la funcion de cada comite y miembro de la Junta Directiva.

50	1	El Comité de Calidad de la institución tiene como objetivo realizar el seguimiento al mejoramiento continuo de la calidad de los procesos asistenciales y administrativos de la organización el cual se desarrolla a través de las siguientes actividades principalmente como lo es el análisis de los indicadores de primer y segundo orden, seguimiento al cumplimiento de planes de mejora, implementación y seguimiento a las diferentes fuentes de mejoramiento: Habilitación, Acreditación, Sistemas de información, Seguridad Clínica, Gestión de procesos, Visitas de entes de control, PAMEC, Seguimiento a comités. y se monitorean las estrategias de gestión del riesgo con las que se cuentan en la Institución.
51	1	La institución cuenta con el Comité de Ética Hospitalaria el cual se encuentra conformado por el líder de centro de atención amable y segura, psiquiatra, Jefe de servicio de Pediatría, gestión de PQRS, Dirección Médica, coordinadora de consulta externa, jefe de Oficina de Jurídica, jefe de Oficina de Calidad, auditor médico y el líder de UCI Pediátrica.
52	1	El Comité de Ética Hospitalaria se encarga de promover el debate sobre los problemas de ética en salud, establecer relaciones con los organismos similares del orden nacional e internacional sobre nuevos progresos en el campo de la ética, estar atento a los riesgos que se derivan de los avances científicos y tecnológicos en lo concerniente a la salud y la vida, así como de los nuevos retos que surgen de las nuevas percepciones de valores tales como la autonomía, la inviolabilidad de la vida, la responsabilidad de las personas, las instituciones, los efectos adversos y la función de la ley. Las principales funciones del Comité de Ética Hospitalaria es efectuar reflexión de ética interdisciplinar acerca de los siguientes ámbitos: apoyo del grupo en relación al paciente y personal de salud, Educación y docencia, toma de decisiones que entrañan cuestiones morales, estudio de casos clínicos, análisis de la relación entre los profesionales de la salud entre sí y con los pacientes y sus familias.
53	1	La institución cuenta con el documento de Código de Ética y Conducta DE-IO-09 con fecha de publicación de la versión 3, el 25 de mayo de 2013, el cual tiene como objetivo guiar la conducta de la institución y de sus empleados mediante el reconocimiento de los principios, valores, criterios y normas que caractericen la prestación de los servicios de salud en el Hospital de San José. Cuenta con 10 principios éticos (responsabilidad, equidad, trato humanizado, trabajo en equipo, lealtad y buena fe, integridad y honestidad, confidencialidad, transparencia, prioridad en los conflictos de intereses y austeridad) entre los cuales se encuentra la transparencia que se refiere a la orientación de todos los trabajadores de la organización, de actuar con claridad, rectitud e imparcialidad; y el tema de conflictos de interés donde se establece que se debe actuar dando prioridad a los intereses del Hospital de San José, frente a intereses personales o de terceros que pudieran influir en sus decisiones, actuaciones, servicios o asesoramientos realizados. Entre las políticas que se enmarcan se establece la correspondiente a la interacción con actores externos, la sociedad, el estado, la competencia, el medio ambiente, donde prima: la transparencia en las relaciones comerciales (Toda relación dentro y fuera de la Organización debe estar basada en la buena fe y la transparencia en cada una de las acciones tanto del Hospital como de las empresas con las que contrata) y la transparencia en las relaciones con el Estado (De acuerdo con la Ley Colombiana, el Hospital de San José, es cuidadoso en sus transacciones, con la finalidad de evitar la evasión o elusión de impuestos, el apoyo al contrabando, o el facilitar a terceros actividades delictivas como "lavado" de dinero y activos) dando cumplimiento a los lineamientos anti soborno y anti corrupción como lo establece la medida 53. De igual forma se encuentran establecidos los mecanismos para la difusión y socialización permanente del código, teniendo en cuenta que la actualización de la información es realizada por La Junta Directiva, el Comité de Ética y el Comité Amable cada cuatro años, o cuando los cambios del entorno lo exijan. Se realiza publicación en cartelera de Recursos Humanos, Dirección y Gerencia, áreas sociales para permanente consulta por parte de los trabajadores del Hospital; además se encuentra como tema transversal en los procesos de inducción y reinducción de los colaboradores incluyendo profesionales en formación; y en reuniones de servicio por grupo ocupacional cuando se presente situaciones de dilema ético relacionados con el código de conducta.
54	1	La SCB a través del Comité de Ética Hospitalaria, cuenta con la política de interacción con actores externos, la sociedad, el estado, la competencia, el medio ambiente, donde prima: la transparencia en las relaciones comerciales (Toda relación dentro y fuera de la Organización debe estar basada en la buena fe y la transparencia en cada una de las acciones tanto del Hospital como de las empresas con las que contrata) y la transparencia en las relaciones con el Estado (De acuerdo con la Ley Colombiana, el Hospital de San José, es cuidadoso en sus transacciones, con la finalidad de evitar la evasión o elusión de impuestos, el apoyo al contrabando, o el facilitar a terceros actividades delictivas como "lavado" de dinero y activos).  La institución cuenta con el Manual del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y de la Financiación del Terrorismo - LA/FT- SARLAFT con el código DE-MA-03 con fecha de publicación del 10 de octubre del año 2017, el cual se implementa desde la política de "Buen Gobierno Corporativo" orientada hacia la transparencia, eficiencia y probidad en el desarrollo de su objeto social, continúa implementando las normas legales conducentes y encaminadas a su autorregulación, estableciendo instrumentos que permitan prevenir y detectar cualquier intento de contaminación ilícita; cuya finalidad es proporcionar a los directivos, administradores, funcionarios y empleados, las herramientas pertinentes y las medidas de control apropiadas, para prevenir y evitar en lo posible, la realización de conductas y actividades delictivas a través de la SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE BOGOTÁ - HOSPITAL DE SAN JOSÉ.
55	1	El Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y de la Financiación del Terrorismo de la institución aplica para los socios, miembros de la junta directiva, empleados (por vincular y vinculados), clientes externos y proveedores. Se determinan los riesgos de acuerdo a la Circular Externa 009 de 21 de abril de 2016: Riesgo de Lavado de Activos y de Financiación del Terrorismo, riesgo legal, reputacional, operativo, de contagio, financiero, de mercado, riesgo inherente y riesgo residual o neto; los cuales se evalúan para cada área de la institución, clasificándolos por probabilidad de ocurrencia, impacto y se establecen los controles correspondientes. Posteriormente se realiza la medición y evaluación de los riesgos según las señales de alerta presentadas.  Para realizar el seguimiento y cumplimiento de este sistema, se creó el Comité SARLAFT, conformado por el Oficial de Cumplimiento, y el suplente del Oficial de Cumplimiento y adicionalmente por el Subgerente Administrativo y Financiero, cuyos objetivos son apoyar las funciones del Oficial de cumplimiento en el desarrollo oportuno y profesional de su gestión y cumplir con las políticas que sobre ellas están incluidas en el presente Manual.
56	1	Se cuenta con el Manual de Auditoría Interna con código DE-MA-01 con fecha de elaboración del 01 de Mayo de 2012, donde se describe los mecanismos de control interno, pero se debe fortalecer los criterios de autorregulación, autocontrol y autogestión. Además, la institución cuenta con el Procedimiento de Auditoría Interna de Procesos GC-PC-13 del actualizado con fecha del 18 de octubre de 2018 donde establece el autocontrol preventivo, concurrente o de actuación durante alguna situación que se este presentando. La institución realiza auditorías internas desde la Oficina de Calidad y Auditoría Médica, Oficina de Cuentas Médicas y la Oficina de Auditoría Interna, quienes auditan con enfoque de autocontrol autogestión con el fin de mantener una autorregulación.
57	1	En el Manual de Auditoría Interna con código DE-MA-01 se describe el Ambiente de control, Gestión de riesgos, Actividades de control, Información y comunicación. Se debe fortalecer y profundizar en temas relacionados con el monitoreo y las Evaluaciones independientes.

58	1	<p>La Sociedad de Cirugia de Bogotá Hospital de San José cuenta con un reglamento interno de trabajo mediante el cual se establecen los principios basicos por los cuales se rige la entidad (GT-IO-02)</p> <p>Asi mismo cuenta con un codigo de conducta y etica (DE-IO-09), y un codigo de buen gobierno (DE-IO-08)</p> <p>Se cuenta con un manual de gestion de talento humano, donde se establecen todas las politicas y practicas de gestion humana (GT-MA-02)</p> <p>Se cuenta con un documento de politicas institucionales y objetivos estrategicos (DE-IO-07)</p> <p>Todos estos documento son socializados a los diferentes colaboradores y grupos de interes por diferentes canales como mail institucional, carteleras de comunicacion de direccionamiento, fondos de pantalla, y capacitaciones de preparacion para acreditacion donde se explica el direccionamiento estrategico y se comparte la informacion plasmada en cada uno de estos documentos</p>
59	1	<p>La Sociedad de Cirugia de Bogotá Hospital de San José cuenta con un macroproceso de gestion del riesgo donde se realiza una etapa de identificacion del riesgo, con su correspondiente clasificacion en operacionl, financiero, estrategico o reputacion, posterior a esto se realiza un proceso de medicion por criterios de frecuencia y factibilidad, calificando el impacto que puede generar este riesgo, esto se plasma en un mapa de calor donde quedan clasificados los riesgos en bajo, medio alto y extremo. una vez identificados los riesgos se procede a identificar los controles, diferenciando los controles actuales de los controles propuestos, asi mismo se divide por tipo de control (preventivo o correctivo), se estable la frecuencia de revision y un responsable de la misma, esto es plasmao tambien en un mapa de calor, al terminar la etapa de caracterizacion y medicion de los controles se obtiene el riesgo residual, el cual se mide por su severidad o nivel de riesgo para proceder a priorizar y llevar a cabo el tratamiento de los riesgos. Se tiene clasificado y establecido que el tratamiento del riesgo puede ser evitar el riesgo, reducir el riesgo, tranferir el riesgo o asumir el riesgo, esto dependera de las directrices del gobierno corporativo. Posteriormente se definen los planes de accion especificando el grado de participacion en el desarrollo de cada uno de ellos, se construyen indicadores para realizar el seguimiento a cada uno de ellos.</p>
60	1	<p>Dentro del esquema de mejoramiento de la Sociedad de Cirugia de Bogota Hospital de San Jose, se cuenta con 3 niveles de orden operativo, tactico y estrategico, mediante el cual, a nivel operativo se cuentan con equipos primarios de mejoramiento como el equipo de TICS, que nutre al equipo de autoevaluacion de gestion de la tecnologia, este a su vez informa al equipo de mejoramiento institucional, en el cual participa las cabezas de equipos de autoevaluacion, encontrandose el presidente, el Director General, la subdirectora Medica, el jefe de Sistemas etc.</p> <p>Cada grupo tiene distintas medidas de control y gestion del riesgo, las cuales son revisadas en el equipo de mejoramiento institucional y compartidas en la Junta directiva, donde se toman decisiones estrategicas a desarrollar en la institucion, de la misma manera, la parte operativa se encarga de realizar las actividades de control general, de aplicacion, de restriccion, de confidencialidad y de entrenamiento y difusion.</p>
61	1	<p>La Institucion cuenta con sistemas de informacion funcionales , donde se manejan datos internos ye xternos, garantizando la seguridad de la misma, asi como la calidad de los datos. Lo que se puede ver reflejado en los siguientes documentos:</p> <p>GI-IO-02 - POLÍTICA DE SEGURIDAD Y CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN cuyo objetivo es proteger la información preservando las características de confidencialidad, integridad y disponibilidad de la información.</p> <p>GI-PC-03 - ACTIVOS DE LA INFORMACIÓN cuyo objetivo es documentar de manera estandarizada la gestión de activos de información del Hospital de San José, con el fin de identificar la información sensible generada u obtenida en el ejercicio de las actividades diarias, mediante la relacion detallada de dichos activos en un inventario actualizado y clasificado.</p> <p>GI-PC-10 SEGURIDAD Y RESPALDO DE LA INFORMACIÓN cuyo objetivo es garantizar el registro, almacenamiento y conservación de los sistemas de información.</p> <p>GI-IO-03 POLITICA DE RESPALDO DE INFORMACIÓN cuyo objetivo es proteger y garantizar la disponibilidad de copias de respaldo de los sistemas de información.</p>
62	1	<p>La Sociedad de Cirugia de Bogota Hospital de San Jose cuenta con procesos claros, y sistemas de informacion seguros, que permiten el manejo de la informacion de forma confiable, oportuna, de facil acceso y facil recuperacion. Garantizando la proteccion, custodia y conservacion. Todos los sistemas de informacion cuentan con puntos de control para el acceso e ingreso, suministrando claves a cada usuario, previa verificacion de su capacidad de acceso, limitando con controles, asi como una capacitacion previa en el adecuado uso.</p>
63	1	<p>La Institucion tiene un proceso de contol interno mediante el cual se blina la informacion confidencia o sujeta a reserva, esto se puede encontrar en los siguientes documentos:</p> <p>GI-PC-25 GESTIÓN DE CONTROL DE ACCESO cuyo proposito es gestionar el control de acceso a los sistemas de información del hospital de San José, con el fin de garantizar que el ingreso a estos sea realizado por el personal autorizado bajo los parámetros y políticas institucionales que prevén un sistema seguro, confiable y con altos estándares de calidad.</p>
64	1	<p>Cabe resaltar que la sociedad de Cirugia de Bogota Hospital de San Jose, no hace parte de un grupo empresarial y por ende no se presenta la información como tal como operaciones vinculadas. Sin embargo Las inversiones que posee el hospital son reportadas según la circular 016 de 2016.</p>
65	1	<p>Se cuenta con una politica de seguridad y confidencialidad de la informacion con el siguiente codigo: GI-IO-02 - POLÍTICA DE SEGURIDAD Y CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN cuyo objetivo es proteger la información preservando las características de confidencialidad, integridad y disponibilidad de la información.</p>
66	1	<p>La institucion cuenta con distintos medios de comunicación ( web, intranet, canal de tv, carteleras institucionales, mail institucional,etc) mediante el cual se le comunica tanto al cliniente interno como al cliente externo las distintas actividades de los colaboradores asi como su rol al interior de la isntitucion</p>
67	1	<p>El Hospital cuenta con un plan de comunicaciones que contiene las necesidades de comunicación de la organización lo que permite tener una planeación del desarrollo de las piezas de comunicación que se van a desarrollar para los diferentes canales de comunicación, dichas actividades se miden a través de indicadores de cumplimiento.</p> <p>Para garantizar la calidad, la oportunidad y la veracidad de la información la oficina de comunicaciones es la encargada de revisar y verificar todo que lo que se publica en los diferentes medios, cada solicitud debe ser remitida por el jefe o coordinador de servicio y debe incluir el aval y aprobaciones pertinentes, en los casos que se requiera debe llevar el aval de la dirección general tanto para comunicaciones internas como externas.</p> <p>Frecuencia de la información: La información es socializada de acuerdo a la necesidad y el objetivo de comunicación</p> <p>Responsable: La oficina de comunicaciones es la encargada de socializar la información institucional tanto de manera interna como externa.</p> <p>Canales de comunicación</p> <p>Internos:</p> <p>Documentos escritos, correo institucional, carteleras informativas, reuniones de trabajo, folletos, boletines, intranet, fondos de pantalla, canal institucional.</p> <p>Paciente:</p> <p>Canal Institucional, Voz a voz, documentos escritos, página web, redes sociales, carteleras informativas, call center, folletos, boletines, brochure, buzones de sugerencias y correo electrónico.</p> <p>Externa:</p> <p>Página web, medios de comunicación masiva, reuniones de relacionamiento, concursos, eventos, rankings, call center, redes sociales.</p>

68	1	La Sociedad de Cirugía de Bogotá Hospital de San José, realiza la verificación del control interno a través de los jefes de servicio, quienes trimestralmente presenta a la dirección general el informe de gestión, donde se describen los indicadores y las gestiones realizadas en los servicios, realizando comparativos con los resultados de años anteriores. La dirección general presenta estos informes de gestión en junta directiva, donde se evalúan los resultados, de encontrarse desviaciones se realiza revisión específica, evaluando las posibles causas para generar las acciones de mejora correspondientes y comunicarlas oportunamente al servicio para su ejecución. La junta directiva bimensualmente realiza una revisión de los indicadores de obligatorio cumplimiento, realizando así un control sobre las áreas de la institución, esta acción permite identificar deficiencias para generar acciones correctivas oportunamente.
69	0	
70	1	La Dirección General en materia de garantía de la calidad, realiza una revisión trimestral de los informes de gestión presentados por los jefes de servicio de cada área. Estos informes de gestión cuentan con una estructura de presentación definida, en la cual los servicios muestran sus indicadores con evaluación de los criterios de oportunidad y pertinencia en la prestación de los servicios, seguridad del paciente y gestión del riesgo, accesibilidad a los servicios, la continuidad y seguimiento a los tratamientos. La junta directiva evalúa los indicadores presentados, determinando acciones de mejora. Estos informes permiten a los servicios realizar un autocontrol de sus indicadores, lo que les permite mejorar los resultados oportunamente. Por otra parte se cuenta con un programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad en el que se programan auditorías con enfoque de riesgo y seguridad del paciente. A partir de los resultados de la auditoría, se realizan los planes de mejora correspondientes.
71	1	En los estatutos encontramos que dentro de las funciones administrativas de la junta directiva se encuentra dirigir y administrar la Sociedad de Cirugía de Bogotá Hospital de San José, para estas acciones la junta directiva aprueba el PAMEC, conoce los resultados del mismo para la toma de decisiones y acciones de mejora. Realiza revisión trimestral de los informes de gestión, donde se analizan los indicadores presentados de cada servicio identificando las deficiencias presentadas en cada área, lo que permite tomar las medidas necesarias para superarlas.
72	1	La Sociedad de Cirugía de Bogotá Hospital de San José, para obtener la mejora calidad se rige bajo la resolución 123 de 2014 donde se evalúan los estándares de calidad que se pretenden alcanzar, se evalúan anualmente en el proceso de autoevaluación, el cual se encuentra consignado en el sistema de gestión integral almera. Se cuenta con una política de gestión de calidad y del servicio, formalizada en Almera como documento organizacional. Se cuenta con un programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad el cual es controlado periódicamente en comité de calidad y posteriormente presentado en Junta Directiva, donde se toman decisiones según los resultados. El modelo de servicio se basa en el sistema único de acreditación, de manera que se tiene establecida la estructura de mejoramiento por niveles, según lo establece la resolución 123 de 2014.
73	1	Se cuenta con la certificación de estados financieros, el cual está bajo la norma internacional de información financiera, esta certificación va con la firma del representante legal y la jefe de contabilidad. El seguimiento a los indicadores financieros se realiza semanalmente en el equipo primario de Ciclo del Efectivo y luego la información consolidada se presenta mensualmente en Junta Directiva, teniendo espacio prioritario en la agenda de dicha sesión. Igualmente se realiza reunión de asamblea mensualmente, donde se revisan también los indicadores financieros.
74	1	Se cuenta con la certificación de estados financieros, el cual está bajo la norma internacional de información financiera, esta certificación va con la firma del representante legal y la jefe de contabilidad. De igual manera se cuenta con las notas de los estados financieros para soportar la información registrada en los balances, estas notas son entregadas a la junta directiva en una USB que va anexa al informe de gestión.
75	1	Las políticas de control contable, se encuentra documentadas en el manual de políticas y revelaciones norma internacional de información financiera GF-MA-01. Adicionalmente se realiza auditoría financiera de manera periódica y se cuenta con una firma de Revisoría Fiscal, que certifica la validez de los informes financieros.
76	1	La institución cuenta con el manual de gestión de la tecnología AF-MA-05, donde se describe la política de tecnología, encontrando en él, recursos, procesos, procedimientos, metodologías y controles.
77	1	La institución cuenta con el manual de gestión de la tecnología AF-MA-05, donde se describe la política de tecnología. La junta directiva realiza seguimiento a través de la oficina de calidad y auditoría médica, quien es la encargada del acompañamiento a través del equipo de autoevaluación de Gestión de la Tecnología.
78	1	Dentro de las funciones de la junta directiva se encuentra el dirigir y administrar la Sociedad de Cirugía de Bogotá Hospital de San José, motivo por el cual participa en la aprobación y seguimiento de la planeación estratégica con el fin de determinar ajustes cuando estos se requieran. La asamblea general se encarga del establecimiento de las metas, políticas y programas generales de la Sociedad de Cirugía de Bogotá Hospital de San José, teniendo en cuenta las recomendaciones de la junta directiva. La asamblea general, se reúne dos veces al año en los meses de marzo y octubre, donde analiza la ejecución del año inmediatamente anterior y estudiara el presupuesto del año siguiente. El control interno para el área administrativa y financiera es realizado por auditoría interna. El control interno del área médica es realizado por la oficina de calidad y auditoría médica. Estos controles internos cuentan con cronograma, informe trimestral, seguimiento en comité de calidad y ciclo del efectivo (realizado 1 vez a la semana). Los estados financieros son evaluados con sus respectivas notas por la asamblea general, para posterior envío a los entes de control y publicación correspondiente. Se cuenta con un sistema de evaluación de desempeño por competencias que incluye el criterio de productividad, el cual esta vinculado al cumplimiento de metas de indicadores por áreas, alineados a los pilares estratégicos y a los ejes del modelo de acreditación.
79	1	Efectivamente el Representante legal de la Entidad, es responsable directo del adecuado funcionamiento del sistema de control interno de la Organización, y para esto ha sabido tomar atenta nota de las recomendaciones impartidas por la Junta Directiva para llevar a feliz término la implementación de un adecuado sistema de control interno. Para tal tarea se han creado varios comités que contribuyen garantizar que las estrategias y políticas aprobadas por la Junta Directiva u órgano equivalente en relación con el Sistema de Control Interno se han estado implementando en debida forma como lo son El comité de dirección, de ciclo del efectivo, de calidad Con periodicidad semestral se efectúan las reuniones generales en el Auditorio Fergusson en donde se ha creado un espacio para que la Presidencia del Hospital realice la socialización de las políticas que se han adoptado por la organización y se comenten las últimas decisiones tomadas para contribuir a que la organización continúe en el desarrollo del Objeto social y no haya riesgos o amenazas de negocio en marcha. La oficina de Auditoría Interna que depende directamente de la Presidencia, contribuye de manera permanente, generando recomendaciones con miras a fortalecer el sistema de control interno que incluye la adecuada segregación de funciones y adecuada estructura organizacional; para ello se generan informes periódicos mensuales. Otros comités como o es el de Comunicaciones, contribuyen garantizar el adecuado sistema de comunicación a todas las áreas, para que las decisiones lleguen a los responsables de las implementaciones de las medidas que se requieran. Los recursos que se requieren están adecuadamente presupuestados y la Junta directiva realiza la aprobación de estos en el presupuesto anual. Se nombra una firma de Revisoría Fiscal por el periodo de dos años, quienes tienen la responsabilidad legal de certificar que los estados financieros estaban libres de errores significativos que desvirtúen la cifra de los estados financieros tomados en conjunto, los estados financieros van acompañados de las revelaciones que por ley los deben acompañar. Al final de cada año, se realiza el informe de gestión que resume lo realizado en el año y se presenta a la Asamblea general para su conocimiento.

80	1	Dentro de las funciones del representante legal se encuentra el supervisar y evaluar el funcionamiento general de la Sociedad de Cirugía de Bogotá Hospital de San José, para constancia de ello, se cuenta con actas de comités, actas de reuniones, actas de junta directiva y documentos institucionales dirigidos al personal para el cumplimiento de la norma. Adicionalmente en cada sesión de junta directiva, se emiten acuerdos de Dirección que ratifican, oficializan y comunican las decisiones tomadas en cada sesión.
81	1	En la institución no se cuenta con control interno, se cuenta con auditoria interna que es definida como una actividad independiente que tiene lugar dentro de la empresa y que está encaminada a la revisión de operaciones contables y de otra naturaleza, con la finalidad de prestar un servicio a la dirección manual de auditoria interna DE-MA-01, en este manual se encuentra documentando los alcances de auditoria interna, así como el seguimiento por la dirección general.
82	1	En el manual de auditoria interna DE-MA-01 se encuentra registrado la independencia del auditor interno, dentro de esta definición abarca que no puede presentar ningún tipo de interés políticos, económicos o de cualquier otro orden que podría influenciar el desarrollo de su trabajo y de su opinión.
83	1	En los estatutos de la institución en el capítulo VI, artículo 24 se encuentran consignadas las funciones de la junta directiva, dentro de las cuales encontramos nombrar, remover, aceptar renunciaciones y llenar las vacantes de los jefes de departamento, así como los demás cargos científicos y administrativos del hospital. Fijar sus funciones y remuneración.
84	1	En el manual de auditoria interna DE-MA-01, encontramos los alcances de la auditoria interna, donde se encuentra registrado la auditoría integral, que describe las competencias que debe tener el auditor para desarrollar la actividad competentemente, así mismo los apoyos con los cuales debe contar para completar los procesos en los cuales no se maneje en tema a cabalidad. Se tiene establecido el control de los procesos institucionales desde tres áreas: 1. Área Financiera: con auditoría Interna, con plan de auditoría basada en riesgos, según matriz de evaluación de esa dependencia. Se realiza seguimiento semanal en equipo de Ciclo del efectivo y se presenta informe de manera directa e independiente a Presidencia. 2. Área Médica: se realiza auditoría de calidad asistencial y de servicio, mediante cronograma de auditoría documentado en PAMEC, con seguimiento al cumplimiento de manera trimestral y con evaluación del cumplimiento de las tareas a través de planes de mejoramiento. Esto se reporta en comité de calidad, en equipo de mejoramiento y en Junta Directiva. 3. Área Jurídica: Se realiza seguimiento de riesgo de situaciones jurídicas y seguimiento al Sistema de riesgo de Lavado de activos y financiamiento al terrorismo, haciendo reporte directo e independiente a Presidencia.
85	1	En el manual de auditoria interna DE-MA-01, encontramos descrito que toda actividad de auditoria interna se ejecutara en función de las siguientes fases, las que serán de obligatorio cumplimiento: -planificación de las tareas-ejecución de la actividad-emisión de informe-seguimiento de las recomendaciones. Para la auditoria del área médica que es la realizada por la oficina de calidad y auditoria médica, se cuenta con la programación de auditoria PAMEC.
86	1	En el manual de auditoria interna DE-MA-01, encontramos descrito que toda actividad de auditoria interna se ejecutara en función de las siguientes fases, las que serán de obligatorio cumplimiento: -planificación de las tareas-ejecución de la actividad-emisión de informe-seguimiento de las recomendaciones. Para la auditoria del área médica que es la realizada por la oficina de calidad y auditoria médica, se cuenta con la programación de auditoria PAMEC.
87	1	En el manual de auditoria interna DE-MA-01, encontramos descrito que toda actividad de auditoria interna se ejecutara en función de las siguientes fases, las que serán de obligatorio cumplimiento: -planificación de las tareas-ejecución de la actividad-emisión de informe-seguimiento de las recomendaciones. Para la auditoria del área médica que es la realizada por la oficina de calidad y auditoria médica, se cuenta con la programación de auditoria PAMEC.
88	1	El revisor fiscal como debe ser un tercero a la entidad, se maneja con la empresa AMÉZQUITA & cía, quienes designan al revisor fiscal para la institución. En los estatutos de la Sociedad de Cirugía de Bogotá Hospital de San José, en el capítulo X del revisor fiscal de Cirugía de Bogotá Hospital de San José, en el artículo 46 se encuentran consignadas las incompatibilidades por las cuales no podrá ser revisor fiscal de la sociedad.
89	N	la asamblea se reúne ordinariamente dos veces al año el segundo lunes habil de marzo y el primer lunes habil de octubre para analizar la ejecución del año inmediatos anteriores y estudiar el presupuesto del año siguiente, también se reúnen el primer lunes habil de cada mes para evaluar temas científico, administrativos o de interés general.
90	1	La junta directiva nombra al Presidente y al Director Médico, como interlocutores encargados de atender las relaciones con el secretario de salud, los diferentes temas relacionados con el mismo y a su vez de establecer comunicación con la junta directiva.
91	1	Se realiza convocatoria interna mensual a todos los jefes de servicios médicos y quirúrgicos, en la que se revisan todos los indicadores del sistema de gestión de riesgo en aspectos de eventos de interés en salud pública, prevención y control de infecciones y todos los sistemas de vigilancia para la seguridad del paciente. Anualmente se presentan dichos resultados en convocatoria externa, durante la presentación de informe con fines de Acreditación, en sesión en la que asisten el Presidente de Junta Directiva, Director General y los demás miembros de Junta Directiva.
92	1	El revisor fiscal entre sus funciones determinadas en los estatutos aporta a la Superintendencia Nacional de Salud y los demás entes de control, de manera oportuna la información requerida por cada uno de ellos, esta información debe ser socializada con la junta directiva y la asamblea general. Se realiza además reporte periódico según establecido por norma, de la resolución 256 de 2016 y la circular 012 a Supersalud. Según sea necesario y solicitado por la Supersalud, se realizan los informes o reportes requeridos.
93	1	La institución cuenta con el manual administrativo de gestión de talento humano codificado GT-MA-02 el cual reúne los procesos, políticas y procedimientos coordinados por la subdirección de talento humano en el cual se pretende comunicar, regular las diferentes políticas, procedimientos y procesos internos establecidos en la Sociedad de Cirugía de Bogotá Hospital de San José, también se cuenta con el manual de control interno de talento humano codificado GT-MA-09 en donde se evidencia en el numeral 4.1 el proceso de selección y reclutamiento de personal pero estos se encuentran de manera global para la selección en general se los colaboradores de la institución, en nuestro sistema de información Almera el área de talento humano cuenta con los perfiles por especialidad.
94	1	En los estatutos de la SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA HOSPITAL DE SAN JOSE, se encuentran divididos los comités asesores de la junta a los cuales se les designa según el acuerdo 278 del 9 de marzo del 2015 los montos asignados; junta directiva hasta 50% del presupuesto anual, presidencia hasta 1500 SMV, comité de dirección 1000SMV, comité de compras hasta 400SMV, dirección 100SMV por compra realizada por cada uno. Adicionalmente se cuenta con un comité asesor de Junta Directiva, el comité de Compras, el cual sesiona semanalmente. También se cuenta con un equipo primario de mejoramiento institucional, denominado Cadena de Abastecimiento, en el cual se realiza control del cumplimiento de dichas políticas.
95	1	La institución cuenta con una política de protección de datos aprobada por la junta directiva la cual tiene como propósito establecer los criterios bajo los cuales se realiza el tratamiento de la información personal que reposa en las bases de datos, archivos físicos y digitales de EL HOSPITAL, dando así cumplimiento al art. 2.2.2.25.3.1 de decreto 1074. Se tiene además determinado un responsable del control de dicha política. Se tiene establecido como responsables de los reportes de cumplimiento obligatorio a Supersalud, Sivigil, Estadísticas vitales, según corresponda el tema, coordinado en cabeza de Contabilidad, Epidemiología y Calidad y Auditoría Médica.
96	1	la entidad cuenta con las funciones de los entes de control en los estatutos artículo 44, no se cuenta con contraloría interna. Se realiza control interno a través de los servicios de Auditoría Interna, para procesos administrativos y Calidad y Auditoría Médica para los procesos asistenciales. La validación de la calidad de los datos asistenciales se hace desde el servicio de Epidemiología y Estadística y en los datos financieros, la validación los realiza Revisoría Fiscal.

97	1	La institución cuenta con la página <a href="http://www.hospitaldesanjose.org.co/">http://www.hospitaldesanjose.org.co/</a> en donde se cuenta con la información de importancia de la Sociedad de Cirugía de Bogotá Hospital de San José y en la cual se incluye el link <a href="http://www.hospitaldesanjose.org.co/sites/default/files/indicadores/Politica%20institucional%20HSJ.pdf">http://www.hospitaldesanjose.org.co/sites/default/files/indicadores/Politica%20institucional%20HSJ.pdf</a> el cual despliega los derechos al Habeas Data, objetivos, alcance, cumplimiento, responsables de su cumplimiento, derechos de los titulares, tipo de datos personales que se relectan, almacenamiento, circulación, uso final de los mismos
98	1	La página web de la entidad incluye información sobre las actividades y resultados en salud el cual se publica en el informe de gestión anual, especialidades con las que contamos habilitadas en operación actual, actividades de prevención y promoción en salud, disponibilidad de nuestro canal institucional
99	1	la página web cuenta con el informe de gestión en donde se reporta el estado financiero y administrativo anual, estado del flujo efectivo, informes del reviso fiscal sobre el cumplimiento de normatividad correspondiente a la entidad
100	1	la institución realiza un informe de gestión anual generado desde la dirección general, Subdirección médica, subdirección de talento humano, subdirección administrativa y financiera y la Presidencia, el cual es presentado y aprobado por la junta directiva y socializado en la asamblea general.
101	1	El informe de gestión anual se encuentra estructurado: con el informe de la presidencia, financiero y administrativo, avances por departamentos (contratación, sistemas, talento humano, facturación y cartera, almacén y suministros, servicios administrativos), informe de dirección general, informe de los estados financieros dictamen del revisor fiscal. En este documento no se encuentra la composición de la junta Directiva e identificación del origen o procedencia de cada uno de los Directores y de los miembros de los Comités constituidos en su seno. Fecha de primer nombramiento y posteriores. b) Hojas de vida de los Directores de la Junta Directiva. c) Cambios en la Junta Directiva durante el ejercicio. d) Directores de la Junta Directiva de la matriz que se integran en las Juntas Directivas de las entidades subordinadas o que ocupan puestos ejecutivos en estas (caso de Grupos Empresariales). e) Políticas aprobadas por la Junta Directiva durante el periodo que se reporta. f) Proceso de nombramiento de los Directores. g) Política de remuneración de la Junta Directiva. h) Remuneración de la Junta Directiva y miembros de la Alta Gerencia. i) Quórum de la Junta Directiva. j) Datos de asistencia a las reuniones de la Junta Directiva y de los Comités. k) Presidente de la Junta Directiva (funciones y temas claves). l) Secretario de la Junta Directiva (funciones y temas claves), m) Actividades de los Comités de la Junta Directiva, puesto que esta información se encuentra de manera clara en los estatutos de la organización o en el documento de buen gobierno codificado DE-IO-08. 5. Operaciones con partes vinculadas: La institución cuenta con políticas a observar para la gestión ética a nivel de la interacción con los diferentes grupos de interés en donde se contempla el manejo de la información y el uso de los bienes, la interacción con actores externos, la sociedad, el estado, la competencia, el medio ambiente. se encuentra en el documento de código de ética y conducta codificado DE-IO-09. Sistemas de gestión de riesgos de la entidad o Grupo Empresarial: contamos con la oficina de auditoría interna quienes en su manual de auditoría interna codificado DE-MA-01 en donde se plantean todas las funciones correspondientes, la gestión de riesgo, actividades de control. Por otra parte los riesgos asistenciales, son analizados y gestionados desde la Dirección General, con el apoyo de la oficina de Calidad y Auditoría Médica, dado que son enfocados a los procesos misionales, tales como la prestación de servicios médico quirúrgicos, de apoyo diagnóstico y terapéutico y la docencia e investigación, todos con enfoque de Gestión clínica eficiente y segura.
102	1	la institución cuenta con el informe de gestión el cual es presentado tanto a la junta directiva y a la asamblea general, en el que se evidencia el dictamen del revisor fiscal presentado el informe de los estados financieros, sus responsabilidades, su opinión, párrafos de énfasis, procedimientos realizados, limitaciones inherentes, conclusiones
103	N	La Institución no hace parte de un grupo empresarial
104	N	La Institución no hace parte de un grupo empresarial
105	1	la institución cuenta con los lineamientos en el documento de código de ética y buena conducta en nuestro sistema de información codificado con DE-IO-09 en donde se encuentran las directrices éticas, valores institucionales.
106	1	la institución cuenta con el documento de código de ética y buena conducta codificado con DE-IO-09 que cumple con las generalidades de la empresa (reseña histórica, certificaciones de calidad, etc.). b) Direccionamiento estratégico de la entidad. c) Los principios éticos. d) Los valores institucionales. e) Las políticas a observar para la gestión ética, a nivel de la interacción con los diferentes grupos de interés, entre la empresa y respecto a los usuarios, entre los funcionarios de la organización, en relación con el manejo de la información y el uso de los bienes, así como en lo que se refiere a la interacción con actores externos, la sociedad, el Estado, la competencia, el medio ambiente, entre otros. Se cuenta con un manual de Sistema de Gestión de Riesgo de lavado de activos y financiación del terrorismo Sarlaft.
107	1	Estos ítems se encuentran relacionados en el documento de código de ética y buena conducta en los puntos 5.2 entre los funcionarios de la organización, comportamiento en el trabajo y 5.3 en relación con el manejo de la información y el uso de los bienes; lo mismo que en el manual de Sistema de Gestión de Riesgo de lavado de activos y financiación del terrorismo Sarlaft.