TABLA DE CONTENIDO

1.CONSIDERACIONES GENERALES DEL MANUAL DE POLÍTICAS 4
1.1. OBJETIVO GENERAL 4
1.2. ALCANCE 4
1.3. SIGLAS Y DEFINICIONES 4
1.4. CÓMO USAR EL MANUAL 4
1.5. REVISIONES Y RECOMENDACIONES 5
1.6. TIPOS DE POLÍTICAS 5
2. POLÍTICAS GENERALES 5
2.1. POLÍTICA DE CALIDAD 5
2.2. POLÍTICA DE HUMANIZACIÓN 5
2.3. POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE 6
2.4. POLÍTICA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS 7
2.5. POLÍTICA DE GESTIÓN CLÍNICA 7
2.6. POLÍTICA DE DERECHOS Y DEBERES 8
2.7. POLÍTICA DE GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO 8
2.8. POLÍTICA DE DESARROLLO E INNOVACIÓN TECNOLÓGICA 9
2.9. POLÍTICA DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN 10
2.10. POLÍTICA DE SOSTENIBILIDAD EMPRESARIAL 10
2.11. POLÍTICA DE GESTIÓN DE RECURSOS ADMINISTRATIVOS 11
2.12. POLÍTICA FINANCIERA Y PRESUPUESTAL 12
2.13. POLÍTICA IAMII (Institución Amiga de la Mujer y la Infancia Integral) 12
2.14. POLÍTICA DE GESTIÓN DEL AMBIENTE FÍSICO 17
2.15. POLÍTICA DEL SILENCIO 18
2.16. POLÍTICA DE GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA 19
2.17. POLÍTICA DE GESTIÓN DE RIESGOS 19
2.18. POLÍTICA DE TRANSFORMACIÓN CULTURAL 20
2.19. POLÍTICA DE COMUNICACIÓN 20
2.20. POLÍTICA PARA LA GESTIÓN DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS, FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO Y

FINANCIACIÓN DE LA PROLIFERACIÓN DE ARMAS DE DESTRUCCIÓN MASIVA-SARLAFT/FPADM 21

2.21. POLÍTICA PARA LA GESTIÓN DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y FRAUDE-SICOF 22

2.22. POLITICA PARA LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA EMPRESARIAL-PTEE 23

3. POLÍTICAS ESPECÍFICAS 24

3.1. POLÍTICAS ESPECÍFICAS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD 24

CA3.1.1. POLÍTICA DE PRIORIZACIÓN 24

3.1. 2. POLÍTICA DE NO REÚSO 27

3.1.3. POLÍTICA DE EDADES DE ATENCIÓN PEDIÁTRICA 27

3.1.4. POLÍTICA DE USO RACIONAL DE ANTIMICROBIANOS 30

3.1.5. POLÍTICA DE CONFIDENCIALIDAD 31

3.1.5.1 POLÍTICA DE CONFIDENCIALIDAD EN INVESTIGACIÓN 31

3.1.5.2 POLÍTICA DE CONFIDENCIALIDAD COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN 33

3.2. POLÍTICAS ESPECÍFICAS DE GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO 34

3.2.1. POLÍTICA DE IDONEIDAD Y TRANSPARENCIA DEL TALENTO HUMANO 34

3.2.2. POLÍTICAS DE RECLUTAMIENTO Y SELECCIÓN 35

3.2.3. POLÍTICAS DE CONTRATACIÓN LABORAL 35

3.2.4. POLÍTICA DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN 36

3.2.5. POLÍTICA DE LA EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO 36

3.2.6. POLÍTICA DEL CLIENTE INTERNO SATISFECHO Y COMPROMETIDO 36

3.2.7. POLÍTICA DE VACACIONES Y PRESTACIONES SOCIALES 38

3.2.8. POLÍTICA SOBRE PERMISOS Y LICENCIAS 39

3.2.9. POLÍTICA DE BIENESTAR SOCIAL 39

3.2.10. POLÍTICA DE DESCUENTO SERVICIOS DE SALUD CLÍNICA SOMER 39

3.2.11. POLÍTICA DE DESCUENTO PARA SOCIOS Y FAMILIARES A LOS QUE LE APLIQUE LA POLÍTICA 40

3.2.12. POLÍTICA PARA ELABORACIÓN DE CUADRO DE TURNOS 43

3.2.13. POLÍTICA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SST) 45

3.2.14. POLÍTICA DE SEGURIDAD VIAL 46

3.2.15. POLÍTICA DE PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL Y SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN EL LUGAR DE TRABAJO 48

3.2.16. POLÍTICA PARA PREVENIR LA VIOLENCIA EN EL LUGAR DE TRABAJO 49

3.2.17 POLÍTICA DE DESCONEXIÓN LABORAL 50
3.2.18 POLÍTICA DE FORMACIÓN CONTINUA 51
3.2.19 POLÍTICA DE TELETRABAJO 51
3.3. POLÍTICAS ESPECÍFICAS DE GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN 52
3.3.1 POLÍTICA Y PROCEDIMIENTOS PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES 52
3.3.2. POLÍTICA DE GESTIÓN DOCUMENTAL 53
3.3.3. POLÍTICA SOBRE USO DE LA TECNOLOGÍA INFORMÁTICA 54
3.4. POLÍTICAS ESPECÍFICAS DE GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA 55
3.4.1. POLÍTICA DE MANTENIMIENTO 55
3.5. POLÍTICAS ESPECÍFICAS DE RESPONSABILIDAD SOCIAL 55
3.5.1. POLÍTICA AMBIENTAL 55
3.6. POLÍTICAS ESPECÍFICAS DE LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA 56
3.6.1. POLÍTICA DE CONTRATACIÓN 56
3.6.2. POLÍTICA DE COMPRAS 58
3.6.3. POLÍTICA DE VIAJE 78
3.6.4. POLÍTICA DE CONFLICTO DE INTERESES 82
3.6.4.1 POLÍTICA SOBRE CONFLICTO DE INTERESES PARA INVESTIGACIÓN EN SERES HUMANOS 83
3.6.4.2 POLÍTICA SOBRE CONFLICTO DE INTERESES COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN 84
3.6.5. POLÍTICA DE DOCENCIA-SERVICIO 86
3.6.6. POLÍTICA PARA DESCUENTOS ECONÓMICOS POR GLOSA 87
3.6.7. POLÍTICA DE PAGO DE HONORARIOS POR ASISTENCIA Y PREPARACIÓN DE AUDIENCIAS 91
3.6.8. POLÍTICA DEVOLUCIÓN DE DINERO 93
4. CONTROL DE CAMBIOS 95

1. CONSIDERACIONES GENERALES DEL MANUAL DE POLÍTICAS

1.1. OBJETIVO GENERAL

Suministrar a todos los niveles lineamientos claros para la toma de decisiones y suministrar un documento base fundamental para una constante y efectiva revisión administrativa, financiera, directiva y de gestión de la calidad.

1.2. ALCANCE

Este manual aplica a toda la organización a cada una de sus unidades estratégicas, directivas, tácticas y funcionales como se evidencia dentro de la planeación estratégica de la organización.

1.3. SIGLAS Y DEFINICIONES

- **BSC:** Balanced ScoreCard.
- **COVE:** Comité de Vigilancia Epidemiológica.
- **CEI:** Comité de Ética en Investigación.
- **EDA:** Enfermedades Diarreicas Agudas.
- **IAMII:** Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia Integral.
- **IRA**: Infecciones Respiratorias Agudas.
- **OMS:** Organización Mundial de la Salud.
- **PAMEC:** Programa de Auditoria para el mejoramiento de la Calidad.
- **PGIRH:** Programa de Gestión Integral de Residuos Sólidos.
- **SGS:** Sistema de Gestión de la Calidad.
- **SIAU:** Servicio Integral de Atención al Usuario.

1.4. CÓMO USAR EL MANUAL

El funcionario y/o cliente externo tendrá acceso al conocimiento de las políticas de la organización, así como también a conocer su aplicabilidad dentro de la misma y su control.

El manual se considera también de consulta y aplicación obligatoria por todos los directivos de la institución.

1.5. REVISIONES Y RECOMENDACIONES

El manual de políticas organizacionales de la Clínica Somer tendrá una revisión anual por parte de la junta directiva y cada uno de los líderes de procesos, con el fin de evaluar el cumplimiento y alcance de la misma en el año de evaluación; así mismo, se plantearán nuevos logros y metas en el cumplimiento de las mismas.

Los cambios, correcciones o recomendaciones en el presente manual se realizarán según el procedimiento especificado en el manual de control de documentos como lo indica el sistema de gestión de la calidad de la Clínica Somer, el cual estará a cargo de gestión de calidad.

1.6. TIPOS DE POLÍTICAS

Dentro de la Clínica Somer, se cuenta con dos conjuntos de políticas claramente definidos:

Las políticas generales, establecidas por la alta dirección y encaminadas al logro y desarrollo de los objetivos corporativos, mediante propuestas estratégicas y seguimiento de indicadores que proporcionan un acercamiento a la visión y la misión.

Las políticas específicas que se desarrollan dentro de la organización y soportan los procesos internos, directrices definidas por cada área con base en las políticas generales y permiten un desarrollo operativo dentro de cada unidad; este compendio de normas institucionales se desarrolla y revisan de forma periódica. Dada su importancia se deben divulgar como parte de los planes de inducción interna en cada área específica de la institución.

2. POLÍTICAS GENERALES

2.1. POLÍTICA DE CALIDAD

Esta política migro al nuevo documento institucional de políticas, el cual podrá ser consultado en el gestor documental en el área de gerencia, bajo el código GER.POL.1.

2.2. POLÍTICA DE HUMANIZACIÓN

La clínica Somer se compromete a promover, propiciar y velar por el ofrecimiento de un entorno de salud humanizado, en donde la cultura del servicio haga parte de la esencia corporativa y de cada una de las personas que la integren, ofreciendo una asistencia con calidez, trato amable, personalizado y de respeto hacia la confidencialidad y dignidad de los usuarios.

Operativización de la política:

a. Definición de procesos de talento humano que garanticen que todos los colaboradores cuentan con actitudes, de relaciones interpersonales para mejorar la situación del usuario y su familia, teniendo siempre presente que hablar de humanización es hablar de relación, porque el ser humano es un ser social.
b. Certificación del personal en competencias generales y específicas dentro de las cuales se encuentra con gran relevancia las actitudinales y comportamentales.
c. Capacitación, entrenamiento y evaluación de temas relacionados con una atención humanizada.
d. Encuestas de satisfacción al usuario.
e. Medición de cultura organizacional.
f. Diseño de ambientes físicos humanizados y dignos.

2.3. POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

La Clínica Somer se compromete a velar por el ofrecimiento de un entorno seguro para sus pacientes, por esta razón promueve un compromiso auténtico con la seguridad del paciente, a través de la implementación de procesos clínicos basados en evidencia científica y posicionando el autocontrol, captura, reporte y gestión de eventos adversos, como una oportunidad para el crecimiento institucional y personal.

Operativización de la política:

a. Mantener siempre el grupo de personas que difunden y dan lineamientos para el cumplimiento de estrategias de seguridad del paciente.
b. Despliegue y capacitación dentro de la institución de la política y programa de seguridad del paciente.
c. Análisis y gestión de riesgos en los diferentes procesos asistenciales.
d. Disminuir el riesgo en la atención en salud brindada a los usuarios de los servicios intrahospitalarios y ambulatorios.
e. Actividades de búsqueda activa de eventos adversos.
f. Implementación del sistema de reporte de eventos, monitoreo y gestión de casos.
g. Diseño y metodología de investigación y de análisis de eventos asociándose por causas e intervención a través de estrategias de mejoramiento autogestionadas por las diferentes áreas de acuerdo al modelo de mejoramiento continuo.
h. Diseño e implementación de las acciones de mejora.
i. Seguimiento a la implementación efectiva de las acciones de mejora.
j. Implementación continúa de las estrategias de seguridad del paciente.
k. Desarrollar la cultura justa de la seguridad del paciente, para promover, mantener y mejorar una cultura de seguridad para el usuario, fomentando en nuestros colaboradores, pacientes y en sus familias o acompañantes el desarrollo de acciones de identificación, prevención y gestión de riesgos relacionados con los procesos de atención.
l. Capacitación sobre eventos adversos, su prevención y detección oportuna a todo el personal con el fin de favorecer la “cultura del reporte”.

m. Incentivar el modelo de mejoramiento continuo.
n. Medición continua de adherencia, curvas de tendencia y seguimiento de indicadores.

2.4. POLÍTICA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Es política de la Clínica Somer velar por la prestación del mejor servicio de salud a los usuarios y sus familias, garantizando la igualdad sin distinción de raza, género, religión u otras preferencias de cualquier índole, con un enfoque de riesgo que permita su evaluación y monitorización permanente, comprometidos con la promoción y protección de la salud y la búsqueda de los mejores resultados para la población atendida.

Operativización de la política:

a. Garantizar un modelo de atención centrado en el usuario y su familia, con enfoque de riesgo.
b. Implementar mecanismos que permitan lograr altos estándares de calidad en la prestación de los servicios.
c. Actividades de seguimiento al cumplimiento de estándares de habilitación y acreditación en todas las unidades funcionales.
d. Fortalecimiento de las condiciones laborales y mejoramiento continuo de los procesos de bioseguridad, con miras a una prestación de servicios que proteja la salud del personal asistencial y administrativo que participa en los procesos de atención.
e. Diseño y seguimiento de gestión por unidad funcional implementando un tablero de Indicadores BSC.

2.5. POLÍTICA DE GESTIÓN CLÍNICA

La Clínica Somer se compromete a prestar una atención centrada en el paciente y su familia, con la mayor evidencia científica, que logre los mejores resultados de desempeño clínico, al menor riesgo posible para el paciente, con guías de manejo clínico estandarizadas y con el mejor aprovechamiento de los recursos que supere las necesidades y expectativas del usuario.

Operativización de la política:

a. Documentación e implementación del programa de gestión clínica.
b. Conformación de un comité interdisciplinario para la gestión clínica que incluya a profesionales asistenciales para la toma de decisiones con un adecuado uso de los recursos.
c. Realizar la adopción, adaptación e implementación de guías de práctica clínica para reducir la variabilidad en el ejercicio clínico.

d. Promover el uso de la información clínica para la toma de decisiones mediante la herramienta de grupos relacionados de diagnóstico GRD para el buen uso de los recursos.
e. Mejoramiento continuo de los procesos mediante el análisis de los indicadores y la gestión de los resultados de las auditorías internas y externas y comités compartidos con las aseguradoras.
f. Promover la calidad y la seguridad de la atención a los pacientes, con un enfoque sistémico, implementando mecanismos de control y estrategias de seguridad del paciente para prevenir y /o disminuir el riesgo de ocurrencia y la severidad de los eventos adversos.
g. Asegurar los recursos necesarios y suficientes para garantizar la operación eficiente y eficaz de los procesos clínicos y administrativo

2.6. POLÍTICA DE DERECHOS Y DEBERES

Promover, defender, respetar, cumplir y hacer cumplir los derechos y deberes del usuario y su familia.

Operativización de la política:

a. Establecer en la Clínica una ruta de socialización de los deberes y derechos como estrategia de divulgación.
b. Evaluar sistemáticamente el conocimiento de los derechos y deberes de los usuarios internos y externos, los derechos y deberes tanto del cliente interno como externo
c. Evaluar sistemáticamente la vulneración de los derechos en el área de apoyo al usuario con el fin de monitorear los procesos de adherencia de aplicación.

2.7. POLÍTICA DE GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

Propiciamos el crecimiento de nuestro Talento Humano, conscientes de su importancia para conseguir los objetivos organizacionales y la satisfacción de nuestros usuarios y sus familias.

Operativización de la política:

a. Realizar anualmente un plan de capacitación con el objetivo de desarrollar competencias del talento humano para la prestación de servicio de alta complejidad con cultura de servicio.
b. Todo personal del área asistencial y administrativa independiente de su tipo de vinculación se evaluará su desempeño y cumplimiento de los objetivos institucionales para generar procesos de mejoramiento y desarrollo profesional.
c. Establecer los criterios y normas que permitan optimizar el desarrollo del talento humano dentro de la Clínica, de acuerdo con sus competencias laborales y profesionales, con relación a las necesidades y la estructura organizacional mediante el marco normativo interno.

d. Contar con personal competente para el ejercicio de las funciones propias de la clínica, mediante la definición de políticas y procedimientos de selección y desarrollo del talento humano, así como inducción y reinducción de acuerdo con los lineamientos proporcionados por las leyes vigentes.
e. Fomentar una cultura de seguridad y salud ocupacional, prevenir y controlar las condiciones de riesgo relacionadas con la salud y seguridad en el trabajo
f. Diseñar, actualizar y socializar el reglamento interno de trabajo.
g. Diseñar e implementar del programa de educación continua.
h. Implementar el sistema de gestión por competencias laborales.
i. Revisar y evaluar las competencias laborales mediante el procedimiento de evaluación de desempeño.
j. Desarrollar el modelo de gestión efr para brindar bienestar, desarrollo humano y motivación, con el programa de incentivos y bienestar laboral “medidas efr” que permitan gestionar el equilibrio de la vida personal, familiar y laboral de los colaboradores.

2.8. POLÍTICA DE DESARROLLO E INNOVACIÓN TECNOLÓGICA

La Clínica Somer respaldará la modernización de la plataforma tecnológica, su crecimiento y desarrollo, y la incorporación de nuevos servicios, en función de las tendencias tecnológicas y del mercado.

Operativización de la política:

a. Presentar proyectos de desarrollo tecnológico que generen valor agregado al alcance de los objetivos corporativos, los cuales estarán sustentados en el plan anual de inversión.
b. Garantizará el cumplimiento del plan anual de inversión proyectado.
c. Verificar el cumplimiento de las políticas de la gestión TICS y administrativas.
d. Acogerse a los lineamientos (normatividad) internacional, regional y local vigente.
e. Asegurar a los accionistas que los recursos informáticos son utilizados de la mejor manera, y que su relación costo – beneficio son los deseados.
f. Realizar cambios de activos informáticos entre áreas de la clínica donde brinde un mejor servicio.
g. Velar por el buen uso y mantenimiento de los equipos informáticos.
h. Llevar un control detallado de los recursos informáticos e informa cualquier anomalía por su mal uso.
i. Mantener actualizados todos los recursos técnicos y tecnológicos para tener una información confiable.
j. Controlar, supervisar y administrar los cambios solicitados por los usuarios de los sistemas de información.
k. Todo cambio (creación y modificación de programas, pantallas y reportes) que afecte los recursos informáticos, debe ser requerido por los usuarios de la información y aprobado

formalmente por el responsable de la administración del mismo, al nivel de jefe inmediato o a quienes estos formalmente deleguen.

2.9. POLÍTICA DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN

La Clínica Somer garantizará la seguridad de los datos de toda la organización, permitiendo el control, continuidad y acceso a la información de manera continua y permanente con las restricciones debidas.

Operativización de la política:

a. Brindar a los usuarios, funcionarios, proveedores, usuarios externos, la información a la cual tienen derecho y asegurarles privacidad en los mismos.
b. Seguridad física: mantener todas las áreas físicas de la institución, en donde exista canales de comunicación y elementos activos con restricción y exclusivos al personal autorizado.
c. Seguridad telecomunicaciones: exigir y velar por que los proveedores de telecomunicaciones, tengan sistemas de seguridad confiables y eficaces en los enlaces de comunicación.
d. Disponer de la información y datos en el menor tiempo posible en caso de desastres.
e. Revisar, informar, comunicar, actualizar los planes de contingencia.
f. Realizar capacitaciones y evaluaciones de los planes de contingencias.
g. La Clínica garantizará que todo software y hardware cumplirá con todas las licencias y requisitos legales para su uso y explotación, respetando los derechos de propiedad intelectual de los creadores de software.
h. Todo software que utilice la Clínica Somer será adquirido de acuerdo con las normas vigentes y siguiendo los procedimientos específicos de la clínica.
i. Contar con las técnicas más avanzadas de la industria para garantizar la integridad de los datos.
j. Debe existir una cultura informática al interior de la clínica que garantice el conocimiento por parte de los funcionarios (usuarios internos y externos de los sistemas de información) de las implicaciones que tiene el instalar software ilegal en los computadores de la clínica.
k. Existirá un inventario de las licencias de software de la clínica que permita su adecuada administración y control evitando posibles sanciones por instalación de software no licenciado.
l. Cualquier cambio que se requiera realizar en los equipos de cómputo de la clínica (cambios de procesador, adición de memoria o tarjetas) debe tener previamente una evaluación técnica y realizada por personal autorizado.

2.10. POLÍTICA DE SOSTENIBILIDAD EMPRESARIAL

La Clínica SOMER alineada con su propósito superior, se compromete con la creación de valor compartido a través del equilibrio entre la rentabilidad de la organización, el desarrollo de la

sociedad en la que se desenvuelve y la mitigación de los impactos ambientales negativos, partiendo de las buenas relaciones con nuestros grupos de interés, reconociendo sus necesidades y expectativas.

Esta política se alinea con principios de sostenibilidad enmarcados en la ISO 26000, objetivos de desarrollo sostenible y Global Reporting Initiative, con los cuales promoveremos una cultura de sostenibilidad al interior de la organización, así mismo, como la promoción de comportamientos éticos, alineados con nuestros códigos de ética, conducta y buen gobierno a todo nivel organizacional, convirtiéndonos en un referente de buenos ciudadanos corporativos enfocados en dejar huella en las generaciones actuales y futuras.

Operativización de la política:

a. Fomentar buenas prácticas de gobierno corporativo en la Clínica Somer, a través de nuestros códigos de ética, conducta y buen gobierno, además de la estructuración, diseño y divulgación del programa de transparencia y ética empresarial.
b. Implementar estrategias que fortalezcan las dimensiones de la sostenibilidad, social, ambiental y gobernanza.
c. Generar estrategias de divulgación y socialización de los valores corporativos, que permitan promover la cultura de sostenibilidad al interior de la clínica Somer.
d. Establecer comunicación en doble vía con los grupos de interés identificando sus necesidades y expectativas, alineándolos con nuestra estrategia de sostenibilidad corporativa.
e. Alinear el programa de sostenibilidad con el plan de relacionamiento institucional liderado por el departamento de comunicaciones y mercadeo, fortaleciendo las comunicaciones internas y externas en materia de sostenibilidad.
f. Trabajar en el posicionamiento de marca a través de la implementación de estrategias de sostenibilidad.

2.11. POLÍTICA DE GESTIÓN DE RECURSOS ADMINISTRATIVOS

La Clínica Somer garantizará la asignación de los recursos administrativos necesarios para proveer un ambiente de trabajo apropiado y un normal desarrollo de las actividades, logrando una prestación de servicios de manera eficiente y segura.

Operativización de la política:

a. Controlar la asignación y ejecución de los recursos de manera eficiente y efectiva.

b. Garantizar la eficiencia en la atención a los usuarios mediante la adquisición de equipos de última tecnología.
c. Brindar un soporte adecuado de la infraestructura y tecnología biomédica que garantice la seguridad del paciente.
d. Verificar el cumplimiento de las políticas específicas.
e. Gestionar oportunamente los siniestros.
f. Elaborar e implementar un proceso de mantenimiento preventivo y correctivo de infraestructura y tecnología como parte de la gestión del riesgo.
g. Diseñar e implementar un proceso para evaluar la tecnología aplicada a la prestación de servicios para incorporar nuevas tecnologías que se consideren costo efectivas.
h. Vigilar, monitorear y administrar de una forma eficaz y eficiente los activos de la institución por medio de un software garantizando la custodia y control del activo.

2.12. POLÍTICA FINANCIERA Y PRESUPUESTAL

La Clínica Somer cumplirá con la normatividad legal vigente en materia tributaria y contable generando confianza tanto a terceros como inversionista por ser una empresa financieramente viable y garantizará la elaboración del presupuesto anual como herramienta principal en la toma de decisiones que le permita a la organización planificar y optimizar el uso de los recursos financieros, y contar con los elementos de apoyo que le permitan medir el grado de esfuerzo y cumplimiento que cada unidad tiene para el logro de metas fijadas por la alta gerencia y administración.

Operativización de la política:

a. Garantizar mediante una gestión empresarial adecuada la rentabilidad social y financiera de la Clínica Somer.
b. Minimizar el riesgo financiero de las operaciones de la Clínica Somer.
c. Establecer metas finales de presentación del presupuesto.
d. Diseñar el modelo de presentación del presupuesto (todos los rubros contenidos en él).
e. Crear y exigir metas presupuestales a cada dependencia, haciendo responsable del cumplimiento de las mismas a los respectivos directores.
f. Revisión anual del presupuesto proyectado.
g. Aprobación del plan presupuestal.
h. Verificar constantemente los indicadores contenidos en los rubros presupuestales.

2.13. POLÍTICA IAMII (Institución Amiga de la Mujer y la Infancia Integral)

La Clínica Somer S.A., se compromete a acoger los lineamientos en favor de la salud y la nutrición materna e infantil, mediante el apoyo efectivo a la lactancia materna y demás intervenciones desde un enfoque de derechos e inclusión, con enfoque familiar, que incorpore los criterios Globales de la iniciativa IAMII para garantizar la calidad, calidez e integralidad de los servicios y programas dirigidos a la mujer y a la infancia.

ALCANCE:
La presente política aplica para todos los servicios, áreas y sedes de la institución que atienden población materna e infantil, siendo responsable de su implementación el comité IAMII, y de apoyar su cumplimiento el gerente de la institución.

COMPROMISOS Y OPERATIVIZACIÓN DE LA POLITICA SEGÚN LOS PASOS DE LA ESTRATEGIA QUE SERÁN ASUMIDOS POR CLÍNICA SOMER

1. Disponer por escrito de una política en favor de la salud y nutrición materna e infantil con enfoque de derechos y perspectiva de género que incluya los criterios globales de la iniciativa IAMII, garantice la calidad, calidez e integralidad de los servicios y programas dirigidos a la mujer y a la infancia y se ponga sistemáticamente en conocimiento de todo el personal de la institución tanto profesional como de apoyo logístico y administrativo.

Para lo cual la Clínica Somer se compromete a:

a. Socializar con todo el personal y en especial el personal que atiende población materna infantil la política de IAMI integral y garantizar que todos la conozcan y la practiquen.
b. Publicar la política en un lenguaje claro y sencillo para que pueda ser entendida por los usuarios y usuarias de la institución.
c. Conformar un comité institucional mediante acto administrativo, con el objeto que éste se responsabilice de la coordinación, gestión, monitoreo y seguimiento de las normas establecidas para el cabal cumplimiento de la estrategia.
d. Incluir dentro del plan de desarrollo institucional la estrategia para garantizar su implementación y sostenibilidad.
e. Implementar la aplicación periódica del formulario de autoapreciación de la institución para monitorear el cumplimiento y los avances en el desarrollo de la política IAMII.
f. Dar a conocer la política en un lenguaje claro y sencillo para que pueda ser entendida por los usuarios y usuarias de la institución, en las áreas de atención a gestantes, madres y padres de recién nacidos y de niñas y niños.

2. Diseñar, implementar y actualizar permanentemente el plan de capacitación en IAMII integral que estará dirigido a todo el personal de la institución, enfatizando los conocimientos técnicos de la estrategia IAMI Integral en los colaboradores que atienden a la población materno infantil.

Para lo cual la Clínica Somer se compromete a:

a. Diseñar y desarrollar un plan de capacitación de la estrategia.
b. Garantizar la asistencia de todo el personal de la institución que atiende población objeto de la estrategia IAMII.

c. Incluir en el plan de capacitaciones aspectos básicos de derechos humanos, con énfasis en los derechos sexuales y reproductivos, los derechos del niño y los 10 pasos de la iniciativa IAMII.

3. Brindar a las mujeres gestantes, su pareja y familia educación individual y grupal, atención integral, oportuna y pertinente para que puedan vivir satisfactoriamente su gestación y prepararse para el parto, el puerperio, la lactancia materna y el cuidado de su hijo e hija.

Para lo cual la Clínica Somer se compromete a:

a. Elaborar un programa escrito de educación prenatal a las maternas que se atienden por intermedio de la consulta de alto riesgo obstétrico.
b. Certificar que la gestante este asistiendo a los controles prenatales en su respectiva IPS.

4. Garantizar la educación y atención del trabajo de parto y el parto con calidad y calidez, dentro de un ambiente de respeto y libre de intervenciones profesionales innecesarias, favoreciendo la información oportuna, el contacto piel a piel al nacer y el inicio temprano de la lactancia materna inmediatamente después del parto.

Para lo cual la Clínica Somer se compromete a:

a. Explicar a la gestante y su compañero sobre las actividades, intervenciones y procedimientos a realizarse durante el trabajo de parto.
b. Garantizar una atención humanizada y cálida a la gestante durante el trabajo de parto y parto en un ambiente de respeto y privacidad, evitando intervenciones profesionales innecesarias.

5. Brindar orientación y ayuda a las madres y familiares acompañantes sobre el cuidado de las niñas y niños recién nacidos y lactantes, la adecuada nutrición de la madre durante la lactancia, facilitar el registro civil al nacimiento, garantizar la consulta del recién nacido dentro de los 7 días siguientes al nacimiento, la consulta post parto para la madre, la remisión a la ruta de Salud Infantil y a los grupos de apoyo.

Para lo cual la Clínica Somer, se compromete a:

a. Promover y facilitar el acompañamiento a la madre durante la etapa de puerperio en la Institución.
b. Garantizar la vacunación del recién nacidos antes de ser dado de alta, según esquema PAI.
c. Garantizar que los resultados de TSH, hemoclasificación y serología sean entregados a la paciente oportunamente.
d. Garantizar la atención oportuna del control post parto a la madre y el recién nacido.
e. Realizar apoyo efectivo a la pareja lactante en caso de madre adolescente, con alguna discapacidad o situaciones especiales.

6. Promover y facilitar a las madres y sus familias la práctica de la lactancia materna en forma exclusiva y a libre demanda hasta los seis meses de vida y educar sobre cómo continuar amamantando con alimentación complementaria adecuada hasta los dos años de edad y más. No suministrar a los niños y niñas ningún otro alimento o bebida diferente a la leche materna, a no ser que estén médicamente indicados, como tampoco chupos ni biberones en las salas de puerperio, unidades especiales y hospitalización en pediatría y cumplir y hacer cumplir el código internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna y las normas nacionales que lo adoptan.

Para lo cual la Clínica Somer, se compromete a:

a. Favorecer y realizar apoyo efectivo a las madres para que todas las niñas y niños sean amamantados de manera exclusiva y a libre demanda durante la hospitalización.
b. Fomentar en las madres y las familias la práctica de la “libre demanda”, esto es que el niño o niña coma de acuerdo a su propio ritmo y necesidad.
c. Reforzar en las madres y familias la importancia de la práctica de lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses y como continuarla con alimentación complementaria adecuada hasta los dos años.
d. Educar a las madres y sus familias sobre cuándo y cómo iniciar la alimentación completaría apropiada.
e. Enseñar y/o reforzar la técnica de extracción manual y conservación de la leche materna.
f. Conocer las razones médicas aceptables para prescribir alimentos diferentes a la leche materna.
g. Cumplir el código internacional de comercialización de sucedáneos y sus resoluciones posteriores.

7. Favorecer el alojamiento conjunto de la madre y el recién nacido cuando las condiciones de salud del recién nacido y de la madre lo permitan y crear condiciones para mantener la lactancia materna incluso en situación de hospitalización de la madre y/o de su hijo o hija.

Para lo cual la Clínica Somer, se compromete a:

a. Garantizar el alojamiento conjunto madre-recién nacido siempre y cuando su condición de salud lo permita.
b. Permitir el acompañamiento permanente de la madre con el hijo-hija en caso de hospitalización de la madre.
c. Permitir el acompañamiento de un familiar a la madre durante el puerperio.
d. Permitir horarios flexibles en caso de hospitalización en la unidad de cuidado intensivo neonatal o cualquier otro servicio que atienda madres y niños-niñas.

8. Proveer atención integral a niñas y niños menores de seis años, asegurando el seguimiento dinámico del crecimiento y desarrollo, la intervención oportuna de alteraciones detectadas y la

orientación a madres y sus familias sobre cuidados de alimentación y salud respetando la diversidad étnica y cultural.

Para lo cual la Clínica Somer se compromete a:

a. Hacer las recomendaciones sobre alimentación y nutrición infantil de acuerdo con las guías alimentarías para las niñas y los niños colombianos menores de dos años.
b. Aplicar de manera sistemática los protocolos de crecimiento y desarrollo asegurando la utilización de las curvas de crecimiento y las escalas de desarrollo en los niños hospitalizados.
c. Intervenir de manera oportuna las alteraciones detectadas en la consulta médica.
d. Proporcionar el apoyo necesario a madres, niñas y niños con condiciones especiales como vulnerabilidad social.
e. Garantizar la aplicación del sistema de referencia y contrarreferencia interno y externo en la atención de los niños y las niñas.

9. Garantizar entornos protectores y espacios amigables en toda la institución, en los que se respeten los derechos a la salud, la alimentación y nutrición, la información, la educación, la no discriminación, la participación y el trato digno, partiendo del reconocimiento de las y los usuarios de los servicios como sujetos de derechos que obligan a las instituciones al cumplimiento de los mismos.

Para lo cual la Clínica Somer, se compromete a:

a. Integrar las acciones de la estrategia IAMI con los principios de los derechos humanos, sexuales y reproductivos, de las niñas y los niños tanto sanos como hospitalizados.
b. Brindar trato amable y respetuoso a las usuarias y usuarios de la Clínica, acompañantes y visitantes.
c. Entregar por escrito información básica que oriente a la madre y la familia sobre los servicios que presta la institución.
d. Proveer de un ambiente cómodo y seguro la sala de lactancia para las madres que necesiten apoyo durante este periodo.
e. Asegurar que toda referencia y contrarreferencia de gestantes, madres, niñas o niños a otro nivel de atención se realice de manera oportuna e integral.
f. Asegurar que la atención a las madres adolescentes sea especifica de acuerdo con su etapa de desarrollo.

10. Diseñar estrategias y mecanismos de apoyo comunitario e institucional a las madres, pareja y las familias, que aseguren la continuidad de las acciones desarrolladas en las instituciones prestadoras de salud con los cuidados que las familias y los grupos de apoyo brindan en el hogar y en la comunidad, a fin de promover la salud de madres, niñas y niños, prevenir la enfermedad, y favorecer el desarrollo infantil temprano y la atención integral de niñas y niños desde la gestación hasta los seis años.

Para lo cual la Clínica Somer, se compromete a:

a. Favorecer la creación la integración y capacitación de grupos y/o redes de apoyo intra y extrainstitucionales.
b. Contribuir con el proceso de capacitación a los grupos y/o redes de apoyo comunitario.

NORMAS
Constitución política, ley 100 de 1993, ley 1122 del 9 de enero de 2007, decreto 1011 de 2006 sistema obligatorio de garantía de la calidad, resolución 3280 de 2018 lineamientos técnicos y operativos de la ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud y la ruta integral de atención en salud para la población materno perinatal, entre otras.

2.14. POLÍTICA DE GESTIÓN DEL AMBIENTE FÍSICO

La Clínica Somer se compromete a establecer directrices claras para la gestión del ambiente físico que concuerden con los valores de la institución y enfocadas en el direccionamiento estratégico, garantizando un espacio seguro, saludable, accesible, eficiente y sostenible que favorezca el bienestar de los usuarios, visitantes, colaboradores y demás grupos de interés, así como el cumplimiento de las responsabilidades ambientales.

Su principio es crear cultura en los colaboradores, prestadores de servicio y outsourcing en el uso seguro del ambiente físico, seguridad, orden y limpieza de las instalaciones y el uso racional de los recursos.

Operativización de la política:

a. Se cuenta con un plan de mantenimiento anual que contempla el mantenimiento preventivo, correctivo y predictivo que se evalúa desde los aspectos de cumplimiento y satisfacción.
b. Se tiene un plan integral de adecuación de ambiente físico alineado con el direccionamiento estratégico de la institución que se enfoca en buscar instalaciones cada vez más seguras, minimizando los impactos ambientales, humanizadas y con enfoque diferencial que garanticen privacidad y respeto para los pacientes, disminuyendo al máximo la contaminación visual y auditiva.
c. Se promueve el programa de capacitación y entrenamiento para el uso seguro del área de ambiente físico con el fin de crear cultura en los colaboradores del cuidado de entorno físico de la institución, orden y limpieza, seguridad del paciente y seguridad física, manejo seguro de la ropa hospitalaria y cuidado de los recursos físicos y naturales buscando un impacto en la sostenibilidad.

d. Se tiene un manual de limpieza y desinfección que busca prevenir trasmisión de infecciones provenientes de fuentes inanimadas a través de ambientes limpios y ordenados.
e. Existe un instructivo de manejo de ropa hospitalaria que da indicaciones para el correcto uso de la misma y los cuidados que se deben tener para garantizar condiciones óptimas para los pacientes.
f. Para el proceso de vigilancia física se cuenta con un manual de vigilancia y seguridad del usuario y su familia que busca prevenir y evitar riesgos que se puedan presentar con la seguridad física de la clínica y el cuidado de las personas que se encuentran en ella.
g. Se cuenta con un manual de dietas que brinda los lineamientos para el proceso de preparación, despacho, ensamble y distribución de las dietas a los pacientes.
h. A través de un programa control de plagas mantienen las instalaciones seguras y las plagas controladas con inspecciones periódicas.
i. Se realizan interventorías a los outsourcing con el fin de validar el cumplimiento de sus procesos.

2.15. POLÍTICA DEL SILENCIO

En la Clínica Somer entendemos la importancia de un ambiente tranquilo y libre de ruido en la recuperación de nuestros pacientes, siempre poniéndonos en los zapatos del otro y respetando su dolor; por eso enseñamos a nuestros colaboradores, visitantes, usuarios y familiares, una cultura del silencio basada en encontrar los espacios oportunos para hablar.

Operativización de la política:

Construcción de estrategias permanentes en pro del ofrecimiento de un entorno tranquilo y libre de ruido.

a. Todos los colaboradores de la Clínica Somer, deben mantener sus celulares en modo silencio.
b. En la Clínica Somer, siempre se deberá hablar en tono de voz bajo, respetando el espacio de trabajo y de recuperación de los demás.
c. Se realizarán estrategias de educación permanentes, para usuarios, visitantes y colaboradores en la cultura del silencio.
d. Como familia Somer, siempre buscamos los espacios apropiados para hablar.
e. Conscientes de que estamos en una Institución de salud, no se reproduce música en ninguna de las áreas.

f. Los televisores de salas de espera y habitaciones, siempre deberán estar en volumen bajo y que no interrumpa la tranquilidad de los pacientes.
g. Los gritos o comunicaciones de pasillo a pasillo, están fuera de contexto.

2.16. POLÍTICA DE GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA

La Clínica Somer se compromete a garantizar la selección, adquisición, uso clínico, mantenimiento, disposición final y renovación de la tecnología, a través de una gestión integral que le garantice el logro de los objetivos institucionales.

Operativización de la política:

a. Integrar las tecnologías asistenciales (medicamentos, dispositivos médicos - equipos biomédicos y procedimientos médicos y quirúrgicos) y las tecnologías de apoyo (equipos de planta física y tecnologías de la información).
b. Alinear los procesos de adquisición con las necesidades de la institución desde un análisis de costo-beneficio y/o costo-efectividad.
c. Articular las tecnologías de la institución con el programa de seguridad de paciente en todo su ciclo de vida con un enfoque proactivo desde el análisis de riesgos.
d. Generar procesos de innovación y desarrollo que garantice la calidad y eficiencia en la prestación de los servicios desde la destinación de recursos en tecnología que aporten al sostenimiento del sistema de salud.
e. Garantizar un proceso apropiado de inclusión con capacitación, programas de manejo seguro de tecnologías y contingencias propias de los servicios, para asegurar la continuidad y la sostenibilidad financiera.

2.17. POLÍTICA DE GESTIÓN DE RIESGOS

La clínica Somer se compromete a gestionar los riesgos asociados a todos los procesos de la institución, mediante la Identificación, intervención y control de los mismos y así garantizar la seguridad de los usuarios internos y externos y de la organización en general.

Operativización de la política:

a. Mantener por parte de todos los colaboradores una constante actitud de prevención en todas las actividades realizadas en la clínica.
b. Generar un ambiente de trabajo seguro para todos los trabajadores y profesionales de tal forma que exista una labor continua y sin riesgos.
c. Brindar un tratamiento efectivo al riesgo con el fin de minimizarlo y así disminuir los daños y accidentes en la clínica.

d. Lograr que todos los trabajadores mantengan un estricto control de los riesgos y respeto por las políticas y planes de prevención de riesgos, asegurando con ello su seguridad.

2.18. POLÍTICA DE TRANSFORMACIÓN CULTURAL

La Clínica Somer se compromete con el desarrollo de una cultura organizacional identificada por la vocación de servicio, trato humanizado, seguridad del paciente, innovación, trabajo colaborativo y excelencia en el desarrollo de los procesos en términos de calidad; creando estrategias que potencialicen el desempeño de nuestros colaboradores y la satisfacción de nuestros usuarios.

Operativización de la política:

a. Construir línea basal fundamentada en el reconocimiento de los valores actuales de la cultura, que permita establecer un modelo a través del cual se promueva la participación de los colaboradores.
b. Construir un modelo de cultura organizacional que dé respuesta a los retos de la clínica articulados con la humanización en la atención en salud, gestión clínica excelente y segura y gestión de la tecnología.
c. Incluir beneficios e incentivos laborales para aquellos colaboradores que demuestren en sus comportamientos estar alineados con el cumplimiento de los objetivos organizacionales.
d. Alinear permanentemente el modelo de cultura organizacional con el direccionamiento estratégico (plataforma estratégica).
e. Promover una cultura basada en valores.
f. Definición de cultura meta alineada a la plataforma estratégica.
g. Ejecución de iniciativas de transformación cultural.

2.19. POLÍTICA DE COMUNICACIÓN

La Clínica Somer S.A. se compromete a velar por una cultura de comunicación, basada en la transparencia, la participación, la veracidad y la colaboración, la cual se vea reflejada en las buenas relaciones entre las directivas y colaboradores, los líderes y sus equipos, entre las áreas, y la compañía con sus públicos de interés.

Lineamientos de comunicación:

1. La imagen corporativa debe manejarse con pulcritud y respeto por la misma, sin manipulaciones y respondiendo al manual de imagen corporativa.

2. Ninguna pieza gráfica o de manipulación pública, podrá ser producida sin que se cuente con el visto bueno del área de comunicaciones y mercadeo.
3. Es parte de la cultura corporativa, emitir una comunicación basada en la interacción y no en la sola trasmisión de información.
4. La Clínica Somer debe contar con programas de formación en habilidades comunicativas.
5. Los medios de comunicación de la Clínica, no deben ser usados para fines personales.
6. Todo pronunciamiento o intervención de carácter público por parte de un miembro de la Clínica, debe ser coherente con la filosofía organizacional, de tal manera que éste refleje los valores, los principios y la misión de la empresa.
7. La relación de la Clínica con los medios de comunicación, tendrá un carácter institucional y estará basada en la veracidad de la información. La relación con los medios de comunicación masivos, deberá estar siempre guiada y asesorada por el área de comunicaciones y mercadeo.
8. Ningún colaborador de la Clínica, está autorizado para ofrecer información a los medios de comunicación, sin la autorización de la gerencia o direcciones, y sin la previa asesoría del área de comunicaciones y mercadeo.
9. El área de comunicaciones y mercadeo, siempre debe asumir una posición objetiva e investigativa, antes de ofrecer cualquier tipo de pronunciamientos en medios de comunicación.
10. La comunicación de la Clínica con sus públicos de interés, de las directivas con sus colaboradores, de los líderes con sus equipos de trabajo, entre las áreas y con todos los usuarios, deberá estar fundamentada en el respeto.
11. Todo colaborador de la Clínica Somer, deberá velar por la protección de la reputación, a través del buen uso de las herramientas de comunicación a su cargo. Además, deberá proteger su buena imagen, en los eventos o momentos en que la esté representando.

2.20. POLÍTICA PARA LA GESTIÓN DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS, FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO Y FINANCIACIÓN DE LA PROLIFERACIÓN DE ARMAS DE DESTRUCCIÓN MASIVA- SARLAFT/FPADM

La política de administración de riesgos de lavado de activos de nuestra Clínica se fundamenta en un enfoque integral y proactivo para prevenir, detectar y mitigar los riesgos asociados al lavado de activos, la financiación al terrorismo y la financiación a la proliferación de armas de destrucción masiva, implementamos medidas sólidas de debida diligencia, incluyendo la verificación exhaustiva de la identidad de los grupos de interés con los que se piensa relacionar la clínica y la monitorización continua de las transacciones.

Enmarcamos nuestras actuaciones en la transparencia y ética, por tanto, **tenemos cero tolerancia ante la ocurrencia de hechos constitutivos de lavado de activos, la financiación del terrorismo y financiación a la proliferación de armas de destrucción masiva**. Dando cumplimiento a las leyes nacionales e internacionales que nos son aplicables. Esta política y sus procedimientos están contenidos en el manual **GER.MAN.5.**

Operativización de la política

a. Designamos un área de cumplimiento, la cual es liderada por un oficial de cumplimiento quien depende directamente de la Junta Directiva.
b. Administramos los riesgos basados en el modelo definido por la Clínica para la prevención, detección, respuesta y mejora continua.
c. Realizamos la debida diligencia y monitoreo de contrapartes.
d. Garantizamos la confidencialidad y privacidad de la información obtenida de nuestras contrapartes en la validación.
e. Promovemos una cultura organizacional de cumplimiento normativo, ofreciendo capacitación continua del personal asegurando un conocimiento actualizado de las normativas y buenas prácticas fomentando una cultura organizacional de cumplimiento.
f. Realizamos los reportes requeridos por las autoridades competentes.
g. Realizamos actualizaciones anuales de las contrapartes.
h. Estamos comprometidos en sostener una cooperación estrecha con las autoridades y la constante revisión y ajuste de los procesos garantizan la efectividad y adaptabilidad del SARLAFT/FPADM, reforzando así el compromiso de la Clínica con la prevención y mitigación de estos riesgos.
i. Brindamos canales de denuncia que permita identificar posibles riesgos, para ello contamos con la línea de transparencia.
j. Nuestras políticas están alineadas a las declaraciones de la sociedad en el código de ética y conducta, buen gobierno corporativo, dando además estricto cumplimiento a la normatividad colombiana vigente.

2.21. POLÍTICA PARA LA GESTIÓN DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y FRAUDE-SICOF

La política de administración de riesgos de corrupción, opacidad y fraude se basa en un enfoque integral para prevenir, detectar y mitigar posibles riesgos. Implementamos medidas sólidas de debida diligencia, incluyendo la verificación exhaustiva de la identidad de los grupos de interés con los que se piensa relacionar la clínica y la monitorización continua de las transacciones.

Enmarcamos nuestras actuaciones en la transparencia y ética, por tanto, **tenemos cero tolerancia ante la ocurrencia de hechos constitutivos de corrupción, opacidad y fraude.** Dando cumplimiento a las leyes nacionales e internacionales que nos son aplicables. Esta política y sus procedimientos están contenidos en el manual **GER.MAN.8.**

Operativización de la política.

a. Designamos un área de cumplimiento, la cual es liderada por un oficial de cumplimiento quien depende directamente de la Junta Directiva.
b. Administramos los riesgos basados en el modelo definido por la Clínica para la prevención, detección, respuesta y mejora continua.
c. Realizamos la debida diligencia y monitoreo de contrapartes.
d. Garantizamos la confidencialidad y privacidad de la información obtenida de nuestras contrapartes en la validación.
e. Promovemos una cultura organizacional de cumplimiento normativo, ofreciendo capacitación continua del personal asegurando un conocimiento actualizado de las normativas y buenas prácticas fomentando una cultura organizacional de cumplimiento.
f. Realizamos los reportes requeridos por las autoridades competentes.
g. Realizamos actualizaciones anuales de las contrapartes.
h. Estamos comprometidos en sostener una cooperación estrecha con las autoridades y la constante revisión y ajuste de los procesos garantizan la efectividad y adaptabilidad del SICOF, reforzando así el compromiso de la Clínica con la prevención y mitigación de estos riesgos.
i. Brindamos canales de denuncia que permita identificar posibles riesgos, para ello contamos con la línea de transparencia.
j. Nuestras políticas están alineadas a las declaraciones de la sociedad en el código de ética y conducta, buen gobierno corporativo, dando además estricto cumplimiento a la normatividad colombiana vigente.

2.22. POLITICA PARA LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA EMPRESARIAL-PTEE

La política para gestionar el programa de transparencia y ética empresarial en la clínica se centra en promover conductas éticas y transparentes en todas las actividades organizativas. Establecemos lineamientos claros que prohíben prácticas corruptas y fomentamos la integridad en las relaciones con los diferentes grupos de interés.

Enmarcamos nuestras actuaciones en la transparencia y ética de cero tolerancias a hechos constitutivos de lavado de activos, financiación al terrorismo, financiación a la proliferación de

armas de destrucción masiva, corrupción, opacidad, fraude y soborno. Esta política y sus procedimientos están contenidos en el manual **GER.PROG.10.**

Operativización de la política

a. Designamos un área de cumplimiento, la cual es liderada por un oficial de cumplimiento quien depende directamente de la Junta Directiva.
b. Administramos los riesgos basados en el modelo definido por la Clínica para la prevención, detección, respuesta y mejora continua.
c. Realizamos la debida diligencia y monitoreo de contrapartes
d. Se establecen las atribuciones y responsabilidades de la alta gerencia y responsables en la gestión de los riesgos y el cumplimiento normativo.
e. Se brindan lineamientos éticos sobre conductas esperadas.
f. Administramos los riesgos basados en el modelo definido por la Clínica para la prevención, detección, respuesta y mejora continua.
g. Establecemos protocolos claros que prohíben actividades corruptas.
h. Promovemos una cultura organizacional de cumplimiento normativo, ofreciendo capacitación continua del personal asegurando un conocimiento actualizado de las normativas y buenas prácticas fomentando una cultura organizacional de cumplimiento.
i. Se facilita la comunicación abierta para reportar cualquier comportamiento inapropiado, asegurando la confidencialidad en estos procesos.
j. Brindamos canales de denuncia que permita identificar posibles riesgos, para ello contamos con la línea de transparencia.
k. Realizamos una revisión constante de políticas y procedimientos, junto con la colaboración activa con organismos reguladores, que nos permite fortalecer nuestro compromiso con la transparencia y la ética en la gestión clínica.

3. POLÍTICAS ESPECÍFICAS

Las políticas específicas, dentro de la Clínica Somer hacen parte de los procesos internos de cada unidad funcional y se desarrollan teniendo en cuenta las políticas generales de la organización establecida por la alta dirección.

3.1. POLÍTICAS ESPECÍFICAS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

3.1.1. POLÍTICA DE PRIORIZACIÓN

La Clínica Somer considera fundamental adoptar lineamientos que faciliten la toma de decisiones en materia de priorización en la atención de los usuarios durante la prestación de

los servicios asistenciales. En este contexto prevalecerá como primer criterio para la atención, la condición clínica del usuario.

En segunda línea de atención, se considerarán criterios de priorización, la edad, el riesgo y las limitaciones físicas o sociales, en el siguiente orden:

- Atención de niños de 0 a 5 años.
- Atención de mujeres gestantes.
- Atención de adultos mayores de 60 años.
- Atención de usuarios con condición especial.
- Veteranos de la fuerza pública.

Operativización de la política:

Servicio de urgencias

En el servicio de urgencias la priorización es de acuerdo al triage según normatividad vigente. En casos de igual nivel de triage se tiene cuenta el orden de los grupos prioritarios previamente mencionados. La urgencia vital es atendida inmediatamente, sin que medie ninguna clasificación.

Servicio de hospitalización

Se establecen criterios de atención prioritaria para la ronda según evolución clínica o cambios en las ayudas diagnósticas durante la noche. La enfermera por identificación de criterios establecidos o por notificación de médico hospitalario debe reportar al médico especialista tratante si algún paciente debe ser evaluado primero en la ronda.

Para priorizar la evaluación, el médico hospitalario o la enfermera tienen los siguientes criterios:

- Presión arterial (PAM <60 mmHg, PAD >120 mmHg).
- Frecuencia cardiaca (Mayor de 120/min. o menor 50/min.)
- Frecuencia respiratoria (Mayor de 25).
- Saturación de oxígeno (Menor de 90% con oxígeno suplementario).
- Presencia de signos o síntomas de exacerbación clínica de la patología (sangrado agudo, dolor intenso).
- Resultados anormales de ayudas diagnósticas.

Si el personal de enfermería fue quien identificó estos criterios, siempre debe notificar inmediatamente al médico hospitalario para que realice evaluación al paciente y determine prioridad para el médico especialista en la próxima ronda hospitalaria.

En la asignación de la cama hospitalaria se priorizan los usuarios según su procedencia en el siguiente orden:

1. Cirugía.

2. UCI.
3. Urgencias.
4. Los remitidos de otra Institución.
5. El paciente de Consulta externa.

En los casos de igual procedencia la asignación tiene en cuenta los grupos prioritarios en el orden mencionado.

Unidades de cuidado intermedio e intensivo
Se tendrá en cuenta el modelo de prioridades, establecido con criterios clínicos, según lo descrito en el manual de criterios de ingreso a urgencias, hospitalización, unidades de cuidados intensivos e intermedios (HOS.MAN.2).

Servicio de consulta externa
La atención se hará por asignación de citas, previa solicitud telefónica o presencial, en este último caso, si se presentan filas, en caso presencial se tendrán en cuenta los grupos prioritarios antes mencionados.

Ayudas diagnósticas
La realización de exámenes ambulatorios se realiza por asignación previa de cita, por solicitud telefónica o presencial, y la toma de muestras se hace en orden de llegada. En caso de filas, se priorizan los grupos prioritarios en el orden establecido en esta política.

En la toma de muestras y procesamiento de los exámenes de pacientes que se encuentran dentro de la clínica, se prioriza la realización de los exámenes así:
1. Urgencias Triage 1 y UCI urgente.
2. Cirugía.
3. UCIA – UCIN.
4. Urgencias Triage 2 y 3.
5. Hospitalización.
6. Exámenes ambulatorios.

Servicio de cirugía
- Se priorizará la cirugía urgente sobre la electiva.
- Las cirugías electivas programadas de los niños y adultos mayores de 65 años tendrán prioridad.
- En los turnos quirúrgicos para cirugías electivas se agendarán al inicio los niños, los pacientes diabéticos, y los pacientes mayores de 65 años.
- Los procedimientos más complejos se programarán al inicio de los turnos quirúrgicos.
- Las cirugías infectadas y pacientes con aislamiento se programarán hacia el final de los turnos quirúrgicos.

VALORES AGREGADOS ADICIONALES

- Cuando las condiciones del usuario lo requieran, el personal de vigilancia o camilleros están atentos para proveer los medios necesarios (camilla o silla de ruedas) para su desplazamiento dentro de la institución. De igual manera se garantiza al paciente o cliente interno discapacitado los medios y la ayuda para el traslado o movilización entre los pisos de la clínica (ascensor).
- Existirán filas preferenciales en los servicios ambulatorios para usuarias gestantes, ancianos, personas con niños en brazos o discapacitados, la cual estará identificada con mensajes y símbolos que indiquen que dicha fila está destinada a la atención de estos grupos. Y en caso de presentarse congestiones en la fila preferencial, se llamará a estos usuarios para atención prioritaria en la fila normal y en caso de no haber usuarios en la fila preferencial, el funcionario correspondiente apoyará la atención de la fila normal.

3.1. 2. POLÍTICA DE NO REÚSO

La Clínica Somer en armonía con lo establecido en la resolución 2003 de 2014, decreto 4725 de 2005, los lineamientos de la resolución 02183 de 2004 y la política de seguridad del paciente, garantiza que, durante el proceso de atención al usuario, no se reúsan dispositivos médicos catalogados por el fabricante como de único uso.

a. En la Clínica Somer podrán ser reusados aquellos dispositivos cuya recomendación del fabricante, definan y ejecuten procedimientos basados en evidencia científica que demuestren que el reprocesamiento del dispositivo no implica reducción de la eficacia y desempeño para la cual se utiliza el dispositivo médico, ni riesgo de infecciones o complicaciones por los procedimientos para el usuario, con seguimiento a través de los comités institucionales.
b. La esterilidad de un dispositivo médico sólo puede ser garantizada bajo un proceso de validación controlado. Los fabricantes utilizan sistemas de calidad, ambientes de fabricación especiales, equipos certificados, procesos que son validados, pruebas de integridad de empaque, métodos de aseguramiento de la esterilidad y control del procedimiento de etiquetado. Sus métodos de control también están sujetos a inspección rutinaria por parte de las autoridades responsables para asegurar su cumplimiento.
c. Dispositivo de un solo uso: dispositivo cuya finalidad es ser usado en un solo paciente, en un único procedimiento. No está diseñado para ser reprocesado (limpiar, descontaminar, desinfectar/esterilizar) y ser usado en otro paciente. El inserto del fabricante no incluye instrucciones de reprocesamiento.

3.1.3. POLÍTICA DE EDADES DE ATENCIÓN PEDIÁTRICA

La Clínica Somer define los límites de edad de los pacientes que podrán ser objeto de intervención de especialidades adulto y pediátrico de acuerdo a los servicios habilitados y que

requieran de atención en salud; para los pacientes que superen los dieciocho (18) años de edad serán atendidos por especialidades de adultos y menores de 18 años serán atendidos por especialidades pediátricas, según su formación profesional y capacidad técnica, con el fin de garantizar en las fases de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad, el mayor valor y seguridad de la atención asistencial.

Se determinan las siguientes especificaciones: los siguientes casos se exceptúan del límite de edad definido para las especialidades adultos y pediátricos, y deberán mantenerse las condiciones señaladas dentro de cada numeral:

1. La usuaria gestante, independientemente de su edad, será sujeto de intervención por Ginecobstetricia y especialidades del adulto sin son patologías relacionadas con el embarazo independiente de la edad de la paciente.
2. Los profesionales de la salud, especialistas en cirugía pediátrica, no deben intervenir en los procedimientos quirúrgicos, cuando el usuario supere los catorce (14) años de edad, excepto en patologías crónicas urgentes, frente a la disponibilidad del servicio.
3. Toda vez que se debe garantizar la atención en caso de no contar la institución prestadora de servicios con disponibilidad de las especialidades de adultos, los especialistas en pediatría y subespecialistas de esta misma rama, deberán proceder con la atención del usuario.
4. Las especialidades en las cuales no hay disciplina para población pediátrica como neurocirugía, cirugía plástica, otorrinolaringólogo, y otras en las cuales sean muy escasas las subespecialidades pediátricas a nivel nacional serán atendidas por la especialidad general de adultos.
5. El ortopedista oncólogo atenderá a todas las poblaciones adultos y pediátricos.

Clasificación de edades para las unidades de cuidado crítico	
Unidad de cuidado intensivo neonatal	● Desde 0 días hasta 30 días de nacido o 44 semanas de edad corregida.
Unidad de cuidado intensivo pediátrica	● Desde 30 días de nacido o 44 semanas de edad corregida hasta el cumplimiento de los 18 años. ● Desde 0 días de nacido con cardiopatías complejas
Unidad de cuidado intensivo adultos	● Desde los 18 años en adelante. ● Pacientes gestantes de cualquier edad.

Clasificación de edad para las siguientes especialidades			
Pediatría	Hasta el cumplimiento de los 18 años	Medicina interna	Mayores de 18 años
Neumólogo pediátrico	Hasta el cumplimiento de los 18 años	Neumólogo adulto	Mayores de 18 años
Infectología pediátrica	Hasta el cumplimiento de los 18 años	Infectología adulto	Mayores de 18 años
Cirujano infantil	Hasta el cumplimiento de los 14 años	Cirujano general	Mayores de 14 años
Intensivista pediátrico	Hasta el cumplimiento de los 18 años	Intensivista Adulto	Mayores de 18 años
Endocrinología pediátrica	Hasta el cumplimiento de los 18 años	Endocrinología adulto	Mayores de 18 años
Neurología pediátrica	Hasta el cumplimiento de los 18 años	Neurología adulto	Mayores de 18 años
Gastroenterología pediátrica	Hasta el cumplimiento de los 18 años	Gastroenterología adulto	Mayores de 18 años
Reumatología pediátrica	Hasta el cumplimiento de los 18 años	Reumatología adulto	Mayores de 18 años
Nefrología pediátrica	Hasta el cumplimiento de los 18 años	Nefrología adulto	Mayores de 18 años
Hematólogoncologia pediatra	Hasta el cumplimiento de los 18 años	Hematólogo u oncólogo adulto	Mayores de 18 años

Según la descripción del cuadro anterior, la población menor de 18 años será manejada por pediatría, las subespecialidades pediátricas y la unidad de cuidado crítico pediátrico. Los pacientes con 18 o más años de edad serán atendidos por las especialidades y subespecialidades de adultos, así como en la unidad de cuidado crítico de adultos.

La Clínica cuenta con la gran mayoría de subespecialidades pediátricas y adultos; lo cual ayuda para tener un manejo integral de los pacientes.

3.1.4. POLÍTICA DE USO RACIONAL DE ANTIMICROBIANOS

La Clínica SOMER S.A. cuenta con el programa de uso racional de antimicrobianos que incluye, entre otros elementos, la política, las estrategias del programa y los integrantes con sus roles definidos. La siguiente es la política de uso racional de antimicrobianos de la institución:

La clínica Somer, teniendo como principio estratégico la seguridad de los pacientes, sumado al programa de responsabilidad social de la institución, se compromete a seguir los lineamientos y estrategias encaminadas a controlar y mejorar el uso de antimicrobianos en la Institución, con el fin de disminuir el impacto global en la resistencia antimicrobiana y el uso indiscriminado de este grupo de medicamentos.

Operativización de la política:

a. Verificar la correcta formulación e indicación de antimicrobianos de vigilancia y recomendar y/o retroalimentar al médico tratante cuando no se usen adecuadamente o existan mejores alternativas de tratamiento.
b. Dirigir el tratamiento antimicrobiano, realizando la interpretación de los paraclínicos microbiológicos a la luz del contexto clínico y retroalimentando al personal médico donde se evidencie una mejor alternativa terapéutica; o reafirmando que el paciente está siendo tratado con el antibiótico adecuado, contribuyendo así con la optimización en el uso de este grupo de medicamentos.
c. Reportar el perfil epidemiológico de la institución indicando los patrones de susceptibilidad para patógenos claves en los diferentes servicios de la clínica, y con esta información verificar el adecuado uso de antibióticos.
d. Monitorear tendencias de uso de antibióticos a través de dosis diaria definida (DDD) en población adulta y días de terapia definida (DOT) en población pediátrica y neonatal, identificando las áreas donde se requiera hacer intervenciones.
e. Brindar asesoría oportuna y continua por parte de los infectólogos, para la toma de decisiones en el manejo de pacientes con enfermedades infecciosas.
f. Participar en las rondas multidisciplinarias en las poblaciones de cuidado crítico neonatal, pediátrica y adulto en pro de uso adecuado de los antimicrobianos.
g. Verificar el uso adecuado de los antimicrobianos en la profilaxis quirúrgica durante los procedimientos realizados en la institución.
h. Generar guías o protocolos de manejo de enfermedades que estén aumentando en prevalencia en la institución y que ameriten ser documentadas para dar tratamiento adecuado a los usuarios.

3.1.5. POLÍTICA DE CONFIDENCIALIDAD

Los colaboradores de la organización guardarán confidencialidad frente a la información de la empresa, los usuarios y clientes, salvo en caso de requerimientos de las autoridades competentes.

Operativización de la política:

a. Diseñar procedimiento de controles de acceso al sistema de acuerdo a los cargos.
b. Establecer claves de usuario.
c. Bloqueo de computadores para memorias USB y restricción de entradas a páginas no autorizadas.
d. Entrega de claves de usuario al ingreso del funcionario.
e. Todos los documentos internos generados ya sean índole, contable, administrativo o asistencial, no pueden ser de transferencia o copia a ningún tercero, salvo los que, en las relaciones comerciales y la normatividad legal vigente, estipula su medio y destinatario.
f. Cumplimiento de manejo y custodia de la historia clínica.

3.1.5.1 POLÍTICA DE CONFIDENCIALIDAD EN INVESTIGACIÓN

Este apartado hace énfasis en la confidencialidad en relación con Investigación y abarca los estudios patrocinados por la industria farmacéutica.

PROPÓSITO:

La Clínica Somer es una entidad del área de la salud, la cual busca desarrollar sus procesos con calidad y excelencia al servicio de la comunidad. El interés de esta política es guardar la confidencialidad frente a los procesos y participantes en estudios de investigación, que se desarrollen en la institución.

OBJETIVO

Establecer directrices y mecanismos para el manejo de la información que se genere de los estudios y procesos relacionados con la investigación que se desarrollen en la institución. Los datos recogidos en el curso de la investigación biomédica deben considerarse confidenciales y deben ser protegidos.

ALCANCE:

Esta política aplica a todos los funcionarios o personas de la institución, que participen en los procesos de investigación en seres humanos, incluyendo, el equipo investigador,

patrocinadores (sponsors), organizaciones de investigación por contrato (CRO), centros de investigación, consultores externos, estudiantes, entre otros.

POLÍTICA

La privacidad y confidencialidad implica estar libres de la interferencia de otros, especialmente en relación con la información personal, los pensamientos y las opiniones, y las comunicaciones personales con otros. La confidencialidad incluye la responsabilidad de proteger dicha información personal del acceso, el uso, la divulgación, la modificación, la pérdida o el robo no autorizados. Los investigadores deben mantener la confidencialidad de la información personal de los participantes y deben describir los procedimientos utilizados para cumplir las obligaciones de confidencialidad en todas las etapas del ciclo de investigación. Tomado de revisión de ensayos clínicos: una guía para el comité de ética, 2010. Por lo tanto:

- La confidencialidad es un derecho fundamental de los seres humanos.
- Todas las partes que participan en un estudio de investigación, ya sea de bajo riesgo o un ensayo clínico, debe proteger el derecho a la intimidad, de forma que no se viole la intimidad personal ni familiar de los sujetos participantes en el mismo.
- La unidad de investigación, debe garantizar las condiciones que regulan la confidencialidad y privacidad de la información. Las cuales están encaminadas en evaluar los acuerdos propuestos para el mantenimiento de la confidencialidad de los datos identificables, cuando corresponda, antes de la investigación, durante la investigación y después de la conclusión de la investigación.
- El tratamiento de los datos de carácter personal de los sujetos participantes en el ensayo se ajustará a lo establecido en las leyes colombianas e institucionales que rigen sobre el tratamiento de datos personales al igual que la custodia de la historia clínica.
- Debe protegerse la confidencialidad de los registros que puedan identificar a los sujetos, respetando la privacidad y las normas de confidencialidad en cumplimiento de los requisitos regulatorios pertinentes.

Operativización de la política:

En cuanto a las Investigaciones:

a. Todo proyecto de investigación que se ejecuté en la Clínica Somer, debe contar con la aprobación de un comité de ética en investigación.
b. Todo integrante del grupo investigador firmará: un acuerdo de confidencialidad. Ver acuerdo de confidencialidad para investigación INV.FORM.10. Dentro de los documentos de los estudios, debe estar el acuerdo de confidencialidad firmado por cada miembro del equipo de investigación.
c. Todo proyecto debe describir los procedimientos para garantizar la preservación de la confidencialidad de los sujetos. Los investigadores deben justificar ante el Comité de Ética en Investigación, la naturaleza y el grado de identificabilidad de los datos, así como las

correspondientes medidas protectoras.

d. Siempre que se requiera, (las excepciones solo serán aprobadas por el comité de ética en Investigación) se debe contar con el consentimiento informado del participante en la investigación. El consentimiento debe asegurar al sujeto que su privacidad y la confidencialidad de su información y que su identidad será protegida por todo el equipo investigador y por los patrocinadores.
e. La información obtenida en un estudio no debería utilizarse o revelarse para fines distintos de los que determinaron en el proyecto original o pactados en el consentimiento informado. Esto aplica para los informes que se generen, publicaciones, patentes o desarrollos en general.
f. Los datos deberían ser despojados de identificadores, tanto como sea posible.
g. En caso de que se requiera el uso de datos que puedan identificar al paciente, los participantes deben ser informados acerca del grado de identificabilidad y de quién tendrá acceso a los identificadores, y aceptar que sus datos se utilicen con dichos identificadores.
h. Los archivos donde se almacenen los estudios biomédicos deben estar debidamente custodiados, con acceso restringido, y el historial de los pacientes, deben adoptarse códigos que no permitan su identificación.
i. Mantener y garantizar la confidencialidad, la protección de datos, reserva de historia clínica, archivo y custodia de todos los documentos que conforman el archivo a partir de las propuestas de investigación.
j. El médico guardará con absoluta confidencialidad toda información acerca de su paciente, incluso después de su muerte.
k. En los procesos de impliquen exámenes de laboratorio, evaluación médica, imágenes diagnósticas, se debe garantizar la confidencialidad y protección de datos.
l. El patrocinador debe garantizar la protección de datos y la confidencialidad de los participantes, el cual debe estar descrito en el proyecto. Por ejemplo, usando códigos de identificación, de archivos, hojas de identificación, procesos de aleatorización, entre otros.
m. Todos los documentos se guardarán bajo llave, en un lugar seguro, al que solo tendrá acceso el investigador principal o su delegado.
n. El acceso a la historia clínica de los sujetos participantes será de carácter restringido, determinado por claves de acceso personales.
o. Todo el equipo de investigación mantendrá la confidencialidad de la información de cada sujeto participante.
p. Cuando se realice el procesamiento y reporte de muestras biológicas se respetará el derecho de confidencialidad del sujeto participante en el estudio.

3.1.5.2 POLÍTICA DE CONFIDENCIALIDAD COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

El comité institucional de ética en investigación Clínica Somer se regirá por lo consagrado en el artículo 15 de la constitución política de Colombia, la ley estatutaria 1266 de 2008, y demás normativas coincidentes que tengan por objeto desarrollar el derecho constitucional que tienen todas las personas a conocer, actualizar y rectificar la información de éstas que se haya recolectado, registrado y almacenado en bancos de datos. Particularmente lo concerniente a

datos e información médica, financiera, crediticia, comercial, de servicios y la proveniente de terceros países.

El CEI Clínica Somer para la protección de los datos de los participantes de la investigación, se regirá por lo consagrado en el artículo 15 de la constitución política de Colombia, la ley estatutaria 1266 de 2008, y demás normativas concordantes que tengan por objeto desarrollar el derecho constitucional que tienen todas las personas a conocer, actualizar y rectificar la información relacionada que se haya recolectado, registrado y almacenado en bancos de datos. Particularmente lo concerniente a datos e información médica, financiera, crediticia, comercial, de servicios y la proveniente de terceros países. Además, se regirá por la ley 1581 del 2012 por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales.

El comité también se regirá por lo contemplado en la resolución 1995 de 1999 “por la cual se establecen normas para el manejo de la historia clínica “, en cuanto al tratamiento de la información del paciente o sujeto de investigación contenida en archivos clínicos, cuando sea necesario acudir a ello y a la resolución 839 de 2017 por la cual se modifica la resolución 1995 de 1999 y se dictan otras disposiciones de cómo establecer el manejo, custodia, tiempo de retención, conservación y disposición final de los expedientes de las historias clínicas.

El comité de ética cuenta con el manual de políticas comité de ética en investigación CE.MAN.1, en el que se describe la operativización de las diferentes políticas del comité.

Los miembros del CEI tanto titulares como suplentes deberán diligenciar y firmar el acuerdo de confidencialidad para comité de ética en investigación CE. FORM.2.

3.2. POLÍTICAS ESPECÍFICAS DE GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

3.2.1. POLÍTICA DE IDONEIDAD Y TRANSPARENCIA DEL TALENTO HUMANO

Todos los directivos y colaboradores de la organización se comprometen a cumplir con los fines de la misma, bajo los preceptos de integridad y transparencia, siendo eficaces en la realización de sus funciones y respondiendo a las necesidades de la organización.

Operativización de la política:

a. Aplicación sistemática de los procesos de talento humano.
b. Definición y monitoreo de cumplimiento de planes de acción alineados con el plan estratégico.
c. Garantizar el desarrollo y crecimiento del personal.
d. Definición y seguimiento a indicadores de gestión por unidad funcional.
e. Cumplir el proceso de selección de personal de la organización.
f. Educación continuada.
g. Evaluaciones permanentes de desempeño por competencias.

h. Mediciones de satisfacción del cliente interno y externo

3.2.2. POLÍTICAS DE RECLUTAMIENTO Y SELECCIÓN

- Toda vacante a cubrir debe tener un cargo previamente establecido dentro de la estructura organizacional vigente, para los cargos nuevos solamente serán autorizados por la Gerencia.
- Antes de postular la vacante a nivel externo, tener presente la convocatoria interna dentro de la clínica en caso de que existan áreas, roles y procesos de los cuales el personal se pueda postular.
- Toda hoja de vida deberá ingresar al banco de datos interno destinado para tal fin y se conservará por un periodo no mayor a cuatro (4) meses.
- Realizar la selección del personal de acuerdo con los perfiles de cargos establecidos por la Clínica, las competencias establecidas según el rol y el proceso y las demás requisiciones recibidas de las unidades funcionales.
- Para ocupar cargos de nivel operativo estos deberán tener como mínimo un nivel de escolaridad secundaria, para el nivel táctico, técnico, tecnológico o profesional (universitario) y los cargos directivos y estratégicos especialista (pos-grado).
- Los requerimientos de personal para ocupar cargos nuevos deben tramitarse mediante el formato GH.FORM.3 de requisición de personal con la firma de las direcciones, gerencia y aprobación del comité de gerencia; para los reemplazos, vacaciones y licencias se coordina con la líder de talento humano.

3.2.3. POLÍTICAS DE CONTRATACIÓN LABORAL

- La vinculación del personal por medio de contrato laboral de trabajo, se realizará cumpliendo con todas las exigencias legales.
- A todo el personal se le debe realizar el examen pre-empleo de ingreso.
- La Clínica tiene los siguientes tipos de contratación por contrato laboral:

a) **Contrato término fijo inferior a un año:** corresponde a todo el personal nuevo contratado desde el departamento de gestión del talento humano, los períodos de contratación serán de 3 meses inicialmente, renovables por la misma duración hasta completar 12 meses (1 año).
b) **Contrato término indefinido:** pasan a esta modalidad los empleados con contrato hasta seis y nueve meses y/o los que la gerencia designe o según la necesidad de servicio o área.

- La Clínica no contratará directamente con vínculo laboral, a los aspirantes que estén relacionados por parentesco en primer grado de consanguinidad, (padre e hijos) segundo grado de consanguinidad, (hermanos) o segundo grado de afinidad o único civil (cónyuge, o compañero permanente) con un trabajador de la Compañía. En el momento de surgir

esta condición con personal vigente, se mantendrá el vínculo sólo con uno de ellos. Lo anterior no aplica para el personal que a la fecha de la autorización y publicación de esta política tenga esta condición, siempre y cuando no exista subordinación entre una de las partes.

3.2.4. POLÍTICA DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

- Todo el personal nuevo que ingrese a la Clínica, y que esté formalmente contratado se le realizará un programa de inducción individual, el cual, deberá iniciarse el día de vinculación y siguiendo los parámetros establecidos en programa de inducción.
- Todo personal que tenga contrato vigente y cuente con un periodo mayor a dos años de vinculación se le deberá realizar el programa de reinducción siguiendo los parámetros establecidos en el programa de reinducción.
- Ningún colaborador podrá recibir inducción o entrenamiento sin haber completado el proceso de contratación.
- Todos los estudiantes de los diferentes convenios de docencia-servicio deben cumplir con el proceso de inducción. Conforme a lo establecido en el manual de docencia servicio.

3.2.5. POLÍTICA DE LA EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO

- Todos los colaboradores tendrán una evaluación anual de del desempeño acorde al modelo de gestión por competencias, de los resultados encontrados se realizará un plan de desarrollo individual que apunte al mejoramiento continuo de su desempeño.

3.2.6. POLÍTICA DEL CLIENTE INTERNO SATISFECHO Y COMPROMETIDO

Generar procesos de compensación, estímulos e incentivos que permitan reconocer en sus colaboradores la dedicación y compromiso con los principios corporativos y las políticas de la Clínica Somer, dando respuesta a sus necesidades y expectativas para lograr un talento humano satisfecho y comprometido.

1. **Visión compartida:** se trata de la capacidad de percepción del colaborador comprendiendo que la dirección de la empresa intenta compartir la visión de futuro de su propia organización. Para ello es necesario obtener un consenso respecto a la cultura empresarial, definiendo la misión, visión y valores compartidos.
2. **Oportunidad:** se obtiene cuando el colaborador siente que la empresa promueve y apoya un plan de desarrollo personal y profesional. Para ello, se necesita el establecimiento de un adecuado plan de formación en continuidad y un plan de carrera y promociones dentro de la propia estructura de la empresa.

3. **Empleabilidad:** el colaborador debe conocer la evolución de una permanente actualización que propicie continuas posibilidades de trabajo en un entorno cambiante. Es decir, que siempre debe estar informado de las posibilidades de promoción interna o rotación en puestos de trabajo para obtener su polivalencia y complementar su formación en los conocimientos esenciales que estratégicamente la empresa desea. Asimismo, es importante que colabore en la formación de un posible sustituto en su puesto de trabajo, y en las posibilidades de trabajo externo si la empresa no pudiera satisfacer su ambición de trayectoria profesional.
4. **Incentivos:** consiste en que el colaborador disponga de formas retributivas en base a desempeños y objetivos medibles. En este caso, se debe diseñar y consensuar una evaluación sistemática del desempeño por cada tarea y puesto de trabajo de la empresa.
5. **Comunicación:** es fundamental para el trabajador sentirse bien informado, disponiendo de la información de doble vía sobre la marcha del negocio y su contribución a la misma. Para ello, un adecuado sistema de comunicación total debe establecerse en la organización, de manera que funcione debidamente la retroalimentación en cualquier caso y la información vertical, horizontal, interna, externa, formal e informal.
6. **Trabajo en equipo:** es cuando todos los empleados están orgullosos de trabajar en comunidad y como equipo, así como de su pertenencia a la organización empresarial. Táctica importante para conseguirlo es potenciar los grupos de mejora continua y creatividad, de proyectos de mejora y grupos de apoyo o facilitadores.
7. **Sentido del trabajo**: que potencien la cadena de valor, permitiendo el crecimiento y la permanencia de la empresa en el mercado, adicionando a esta cadena de valor la cadena de sentido, que posibilite a los colaboradores saberse útiles y ser parte de un proyecto no solo empresarial sino social y comunitario que contribuye a la política de humanización de la empresa.

Operativización de la política:

a. Involucrar el usuario interno en la elaboración de la plataforma estratégica, los planes operativos y de acción por unidad funcional alineados con el plan estratégico institucional.
b. Diseño del plan de capacitación del usuario interno para fomentar el desarrollo personal y laboral del colaborador.
c. Implementación de los planes de formación y capacitación del Talento humano.
d. Diseño de un modelo de promoción laboral.
e. Implementación del procedimiento de promoción laboral.
f. Divulgación del manual de escala salarial.
g. Diseño de un plan de incentivos y estímulos institucional.
h. Implementación del programa de incentivos y estímulos.
i. Facilitar al colaborador herramientas de comunicación que permitan el desarrollo de su trabajo y favorezcan la interacción con las personas (compañeros, usuarios y sus familias, entorno familiar).
j. Elaboración de boletines y publicación de experiencias exitosas internas y externas.

k. Inclusión de resultados exitosos en instrumentos diseñados en el plan de comunicación institucional.
l. Seguimiento y control de actividades.

3.2.7. POLÍTICA DE VACACIONES Y PRESTACIONES SOCIALES

- Todo funcionario vinculado laboralmente a la Clínica deberá luego de cumplido el plazo señalado en la normatividad legal vigente programar el disfrute de sus vacaciones.
- El tiempo de disfrute es el otorgado por ley, no obstante, se dará aplicación a la Ley 1429 de 2010, en cuanto a la compensación de estas.
- La prima de servicio se liquidará de acuerdo a lo establecido en la normatividad vigente.
- El retiro parcial de las cesantías se realizará bajo normatividad vigente contenida en el código sustantivo del trabajo y cumpliendo con los requisitos y procedimientos establecidos para tal fin.

En cuanto a las vacaciones debe tenerse en cuenta:

- Es responsabilidad de los jefes inmediatos, planificar y llevar control de las vacaciones del personal adscrito a su unidad y de igual manera informar por escrito a gestión humana.
- Es responsabilidad de los jefes inmediatos, planear con anticipación el reemplazo de los colaboradores en sus vacaciones, cada vez que sea necesario.
- Las vacaciones no son salarios ni prestaciones, estos son definidos como un descanso remunerado.
- Por concepto de vacaciones se pagarán quince (15) días a partir de cumplido el año del servicio, según lo estipulado en los artículos 186 y 187 del código sustantivo de trabajo.
- En caso excepcional, si es necesario adelantar vacaciones, sólo se permitirán adelantos de un mes antes de la fecha, siempre y cuando estén justificadas por el jefe inmediato, aprobadas por Gestión Humana y las direcciones.
- La empresa no tiene contemplado dentro de sus políticas, el anticipar vacaciones, ni pagarlas en dinero; excepto cuando haya una autorización de la gerencia.
- Los días hábiles que se tendrán en cuenta para contabilizar las vacaciones del área administrativa son: lunes, martes, miércoles, jueves, viernes y sábado. Los días festivos y dominicales no cuentan, al igual que no se tiene en cuenta los días de huelga, suspensión disciplinaria, fuerza mayor y falta al trabajo sin justa causa en el momento de liquidar el periodo de vacaciones.
- Después de liquidadas y pagadas las vacaciones, no se puede laborar en la empresa, debido a la generación de inconsistencias y riesgos para el empleado y la Institución, pues éstas son reportadas a la ARL. Sólo en casos fortuitos y de fuerza mayor, la empresa puede solicitar la interrupción del periodo de vacaciones, para los cuales hará inmediata afiliación a la ARL.

- Las vacaciones sólo se interrumpen por incapacidad del empleado, emitida por la entidad promotora de salud EPS a la cual se encuentra afiliado o en los casos de fuerza mayor por necesidades puntuales de la Clínica. No obstante, el empleado conserva el derecho de reanudarlas, una vez sea finalizada la incapacidad.

3.2.8. POLÍTICA SOBRE PERMISOS Y LICENCIAS

- La Clínica concederá a libre discrecionalidad permisos a sus funcionarios por concepto diferente a los establecidos al Reglamento Interno de Trabajo para atender casos personales y educación, previa autorización de la Junta Directiva. Los permisos de estudio serán previamente analizados por la gerencia de la clínica, garantizando que no se afecte la prestación del servicio y que correspondan al objeto social de la institución y aporten valor a cada una de las áreas.
- La Clínica no otorgará licencias remuneradas y no remuneradas por ningún concepto diferente a los establecidos por ley.

3.2.9. POLÍTICA DE BIENESTAR SOCIAL

- La Clínica fomentará Ambientes laborales satisfactorios y propicios para el bienestar y desarrollo del funcionario, aumentando por consiguiente la motivación y el rendimiento laboral.

- La Institución garantiza un Programa de Bienestar Social con actividades encaminadas a procurar el desarrollo de actividades de bienestar y recreación que fomente ambientes de integración, esparcimiento, diversión y cultura que influyan positivamente en el desempeño de las funciones propias del cargo y en un ambiente laboral sano.

3.2.10. POLÍTICA DE DESCUENTO SERVICIOS DE SALUD CLÍNICA SOMER

Grupo objeto de esta política: todo el personal de la institución con contrato laboral vigente, socios, familiares específicos y particulares determinados.

OBJETIVO

Definir y establecer los lineamientos que permitan aplicar descuentos en los servicios de salud, que preste directamente la Clínica Somer, se excluyen los servicios que prestan directamente los médicos especialistas. Todo lo anterior acorde con las necesidades y el tipo de usuario al cual se le aplica.

ALCANCE

Propiciar condiciones para beneficiar a los socios, empleados de la Clínica Somer y sus

familias en primer grado de consanguinidad y afinidad, así como para particulares con inconvenientes administrativos con sus respectivas EAPB, a través de descuentos en determinados servicios de salud que ofrece la institución.

DEFINICIONES

Para los efectos de esta política se tendrá en cuenta las definiciones estipuladas en el Reglamento para el ejercicio de la medicina de la Sociedad Médica Rionegro S.A. Vigente.

- **Miembros socios**: son aquellos profesionales de la medicina u otro profesional de la salud que siendo accionistas de la Sociedad Médica Rionegro S.A. "Clínica Somer", posean el mínimo de acciones exigidas por la Junta Directiva, según el Parágrafo 2, del Artículo 22 del presente Reglamento, y hayan cumplido con todos los requisitos de admisión como Miembro Socio para ejercer la profesión de conformidad con el Estatuto y el presente Reglamento.

- **Miembros empleados**: son aquellas personas profesionales de la medicina y otra profesión de la salud, que están vinculadas con la Clínica Somer al tener celebrado un contrato de trabajo con la Sociedad.

- **Particulares**: son personas que desean adquirir servicios en la institución sin la intermediación de una EAPB, debido a que tienen inconvenientes Administrativos con su EAPB.

- **Entidades administradoras de planes de beneficios de salud (EAPB)** son las entidades promotoras de salud del régimen contributivo y subsidiado, empresas solidarias de salud, las asociaciones mutuales en sus actividades de salud, las Entidades Promotoras de Salud Indígenas, las Cajas de Compensación Familiar en sus actividades de salud, las Entidades que administren planes adicionales de salud, las entidades obligadas a compensar, las entidades adaptadas de Salud, las entidades pertenecientes al régimen de excepción de salud y las universidades en sus actividades de salud.

APLICACIONES

3.2.11. POLÍTICA DE DESCUENTO PARA SOCIOS Y FAMILIARES A LOS QUE LE APLIQUE LA POLÍTICA

- El Miembro Socio o su familiar que quiera ser atendido en la Clínica Somer disfrutará de los beneficios de la atención en habitación individual, sin tener que cancelar excedente alguno por aquellas actividades, intervenciones o procedimientos cubiertos por la Administradora a la cual esté afiliado, excepción del copago respectivo; siempre y cuando

la Clínica Somer tenga convenio con dicha Administradora y el Miembro Socio o su familiar se encuentra al día en sus pagos.

- Chequeo Ejecutivo básico: Se ha definido sobre el chequeo básico un auxilio del 50%, para los Accionistas.
- Franquicias: Para este concepto se reconocerá el valor correspondiente para cónyuge, hijos, padres.
- Copagos: Se subsidiará el 30% del total del copago hasta un tope de $1.000.000, para los diferentes procedimientos médicos contemplados en el plan obligatorio de Salud.
- Procedimientos particulares no contemplados en el Plan Obligatorio de Salud: a concepto de los Profesionales, insumos, derechos de sala, alquiler de equipos especiales, dispositivos médicos, se cobrará al costo de acuerdo a su consumo.
  Si el Miembro Socio o su familiar no contara al momento de su atención con afiliación a una Administradora deberá cancelar el valor correspondiente a medicamentos y materiales suministrados, los cuales se le facturarán a precio de costo.

EMPLEADOS POLÍTICA DE DESCUENTO

- Laboratorio: aplica para los exámenes hechos en la institución 20% descuento sobre la tarifa particular establecida por la clínica.
- Imagenología: 20% de descuento sobre la tarifa particular establecida por la clínica. Se requiere medio de contraste la tarifa de este es tarifa manual particular.
- Hospitalización: Si la EPS a la que este afiliado el empleado o su familiar tiene convenio con la clínica y hay disponibilidad se le asignara sin excedente habitación individual.
- Hospitalización particular: en caso de habitación individual el descuento será del 30% sobre la tarifa año vigente conforme al Manual particular.
- Medicamentos e insumos se cobrará conforme al Manual particular vigente
- Procedimientos Quirúrgicos:
- Honorarios cirujano y ayudantía si es necesario (Cada empleado lo negocia).
- Derechos de sala ISS 2000 70%.
- Anestesia (se anexa la tabla de anestesia).
- Instrumentación (el empleado que requiera el servicio lo negociará y cancelará directamente al profesional).
- Materiales y suministros de sala Manual particulares vigentes de acuerdo a sus consumos.

Para los familiares de empleados definidos en esta política, se aplicarán las mismas tarifas definidas para los empleados.

PACIENTES PARTICULARES CON DIFICULTADES ADMINISTRATIVAS CON LAS EAPB.

- Para pacientes particulares se le otorgará la tarifa general de la EPS que tenga el particular, más un incremento del 35%.

- Con relación a los medicamentos e insumos se aplicará el manual particular vigente.

EXCLUSIONES

- Para la aplicación de la presente política se entiende como familiar a aquellos ubicados dentro del primer grado de consanguinidad, (padres e hijos, siempre y cuando sean hijos solteros que dependan económicamente del miembro socio o del empleado) o al primero de afinidad vigente.
- En los casos en que la Clínica Somer no tenga convenio de prestación de servicios con la EAPB a la cual esté afiliado el miembro socio, el empleado o sus respectivos familiares, la Clínica luego de prestada la atención inicial de urgencias lo remitirá a donde la administradora lo determine.
- El socio o el empleado directamente negociará con el profesional de la salud, los honorarios médicos. En ningún caso la Clínica Somer se responsabilizará de los honorarios médicos por servicios prestados a los miembros socios o sus familiares.
- Los descuentos son excluyentes entre sí, por tanto, el empleado o socio solo podrá escoger un tipo de descuento dependiendo de sus necesidades, y el particular solo podrá aplicar a los descuentos determinados.
- Bajo ningún caso se pueden ejecutar descuento sin vistos buenos del jefe de facturación o direcciones, tampoco se permiten descuentos verbales.

PROCEDIMIENTO PARA RECIBIR EL DESCUENTO:

Con el ánimo de darle aplicabilidad a la presente política de manera correcta, asegurando que las personas beneficiadas de dicha política adquieran satisfactoria y efectivamente lo pactado en la misma; para lo anterior la persona que solicite el descuento deberá acreditar la calidad en la cual lo solicita de manera escrita, dirigida al jefe de facturación de la Clínica Somer o quien haga sus veces, quien será el único responsable de la asignación, control y ejecución a través del visto bueno de los descuentos anteriormente definidos.

En caso de que el jefe de Facturación no se encuentre o hay alguna dicotomía con el descuento los encargados de aprobar el descuento serán en su orden dirección administrativa, dirección médica, dirección comercial y gerencia. Forma de pago compensación en dinero.

El pago de la prestación de servicios será al momento de prestar el servicio, salvo casos excepcionales cuando la prestación supere los dos SLMMV, en ese caso es posible autorizar el descuento por nómina a empleados, para lo cual el empleado deberá autorizar el descuento y lo avalara el área de gestión humana.

Si el socio requiere un acuerdo de pago debe autorizar el descuento de sus honorarios, dicha autorización debe ser enviada el mismo día de la prestación del servicio al área de contabilidad

de la Clínica Somer.

FECHA DE ENTRADA Y VIGENCIA DE LA PRESENTE

La presente política rige a partir del día 1 de febrero de 2016, es indefinida, la información permanecerá almacenada por el término necesario para el cumplimiento de los fines para los cuales fue incorporada, mientras no sea modificada por parte de las autoridades competentes, la normativa vigente o a solicitud del titular.

3.2.12. POLÍTICA PARA ELABORACIÓN DE CUADRO DE TURNOS

Cuadro de turnos

Herramienta que permite realizar la programación del personal contratado garantizando el cubrimiento de los servicios de la institución, a partir de lineamientos como normatividad vigente, capacidad instalada, análisis de indicadores, incidentes y eventos adversos; garantizando la oportunidad en la atención en salud y la disminución de incidentes atribuibles a fallas y/o cargas en el personal.

Objetivo:

Velar por la programación adecuada del personal contratado, acogiéndose a las condiciones y políticas Institucionales, para garantizar una atención en salud con excelencia.

Operativización de la política:

a. Las horas a laborar para el personal asistencial y administrativo que cubra servicios de 24 horas, se establece de acuerdo al número de días hábiles al mes (lunes a sábado), multiplicado por 8 horas y el resultado es la cantidad de horas a laborar en el mes.
b. El turno máximo es de 12 horas.
c. El máximo de número de horas semanales es de 60, siempre y cuando las horas a laborar calculadas para el periodo no se excedan de 12 horas diarias.
d. Cuando los servicios tengan baja ocupación que implique realizar menos horas por cuadro de turno, se inicia plan de compensación de horas dentro del mismo servicio y si estuviera en balance negativo se notifica al departamento de enfermería para seguir lineamientos. Quedará a disposición el personal para suplir necesidades, actividades o cubrimientos en otras áreas.
e. Las sugerencias para días libres en el cuadro de turnos solo pueden hacerse acorde a las siguientes condiciones:

- Citas médicas del colaborador o familiares de primer grado de consanguinidad.
- Reuniones o diligencias personales que por su carácter no sean posibles ser postergadas o delegadas a otras personas.
- No se admiten sugerencias de días libres para viajes, o actividades para las cuales se encuentra estipulado el periodo de vacaciones.
- Es potestad del jefe inmediato otorgar o no estas solicitudes, y en caso de ser otorgados estos no pueden exceder de tres días libres continuos.

f. El personal no puede realizar cambios de turno de trabajo con un compañero, sin previa aprobación de su jefe inmediato, en este caso debe tenerse en cuenta:

- La solicitud de cambio debe realizarse mínimo 24 horas antes.
- El medio para hacer solicitud de cambio de turnos es el aplicativo de cuadro de turnos, módulo “cambio de turnos” y debe ser aprobado por el jefe inmediato.
- Está prohibido que los empleados paguen a sus compañeros de trabajo turnos en dinero.

g. El personal puede realizar cambios de turno ilimitados durante el mes, previa autorización y análisis por el jefe del servicio, dicho análisis debe ser objetivo con relación al desempeño del colaborador, siempre y cuando se cumplan las siguientes condiciones:

- No se permite 3 turnos de 12 horas consecutivos, ejemplo: (corrido, corrido, corrido o tres noches continuas).
- No puede verse afectada la equidad en la asignación de los cuadros de turnos del personal, la programación de las noches al mes no puede exceder el 70% en aquellos cuadros en los que estipule una mezcla de turnos (noches y corridos).
- El cambio de turnos debe ser efectiva dentro del mismo mes, es decir no puede haber cambios que pasen al mes siguiente, esto por efectos de balance de horas y recargos para la nómina.
- Los cambios solo pueden hacerse con el personal del área o servicio.
- Los cambios no pueden afectar las horas máximas a laborar en la semana (lunes a domingo), es decir máximo 60 horas.
- Ante la imposibilidad de no poder acceder a estos cambios, el colaborador debe dirigirse al jefe inmediato y realizar una solicitud formal, la cual será atendida según las condiciones del servicio.

h. Los líderes de servicios deben enviar el correo electrónico a compensación laboral confirmando las novedades para la nómina. Esta información debe ser remitida los días 5 y 20 de cada mes.

Instrucciones

Para líderes y jefes que elaboren cuadro de turnos

- En el cuadro de turnos solo esta permito la asignación de máximo dos corridos y máximo dos noches continuas, solo se permitirá hasta tres corridos en caso de que sea vea afectada la prestación de servicios por falta de personal, y en este caso será evaluado con el jefe inmediato, el departamento de enfermería y el departamento de gestión del talento humano.

- No puede verse afectada la equidad en la asignación de los cuadros de turnos del personal, la programación de las noches al mes no puede exceder el 70% en aquellos cuadros en los que estipule una mezcla de turnos.

- El número de colaboradores con permiso de estudio autorizado desde el departamento de gestión del talento humano para la flexibilidad laboral de los turnos, dependerá del análisis realizado inicialmente con el jefe inmediato y el departamento de enfermería, con el fin de que no se afecte la prestación de los servicios.

- La secuencia sugerida para la elaboración de cuadro de turnos será: turno diurno, turno nocturno posturno y libre (CNZL). En caso de adherirse a esta metodología deberá ser siempre así.

- El balance de horas debe equilibrarse siempre a 48 horas a la semana y excepcionalmente a 60 horas semana, y a las horas a laborar al mes.

- La asignación de turno disponible solo aplica para personal auxiliar de enfermería y de servicio farmacéutico según programación estipulada por el líder, y ésta solo será máximo una vez al mes.

Garantizar el cumplimiento

- En primera instancia, es responsabilidad del líder del servicio o área la adherencia a la política institucional.

- Se valida a través de las auditorías desde el departamento de gestión del talento humano y control interno.

3.2.13. POLÍTICA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SST)

La Clínica Somer, entidad dedicada a la prestación de servicios de salud de mediana y alta complejidad, se compromete con la protección y promoción de la salud y el bienestar de las diferentes partes interesadas, así como la consulta y participación de los colaboradores,

procurando su integridad física, mental y social, mediante la identificación, evaluación, valoración y control de los riesgos.

La Clínica Somer es responsable de promover un ambiente de trabajo sano y seguro, cumpliendo los requisitos técnicos, legales y contractuales aplicables, vinculando a las partes interesadas en el Sistema de Gestión de la Seguridad y la Salud en el Trabajo, a través de la implementación de procedimientos, instructivos, protocolos, manuales y programas que permiten la prevención, mitigación, control y eliminación de riesgos y condiciones que puedan generar consecuencias, emergencias y contingencias dentro del marco de su operación.

Para tal fin, la Clínica Somer destinará los recursos necesarios: físicos, humanos y financieros, el diseño, la implementación, la administración, el control y la mejora continua del Sistema de Gestión de la Seguridad y la Salud en el Trabajo.

Operativización de la política:

La operativización de la política de la Clínica Somer implica la implementación de acciones concretas y prácticas que reflejan los principios y compromisos establecidos en la declaración:

a. Realizar una evaluación exhaustiva de los riesgos presentes en todas las áreas de la clínica.
b. Desarrollar un sistema de clasificación de riesgos para priorizar las áreas de intervención.
c. Elaborar procedimientos específicos para abordar los riesgos identificados, estableciendo medidas preventivas y correctivas.
d. Implementar los planes de actuación en caso de emergencias y contingencias.
e. Desarrollar e implementar el plan formación regular al personal en temas de seguridad y salud en el trabajo, asegurándose de que estén conscientes de los riesgos y de las medidas de prevención.
f. Fomentar la creación de comités o grupos de trabajo multidisciplinarios que incluyan representantes de diversas partes interesadas para discutir y abordar temas de seguridad y salud.
g. Realizar auditorías periódicas del Sistema de Gestión de la Seguridad y la Salud en el Trabajo, involucrando a auditores internos y, cuando sea necesario, externos, que incluyan la participación de representantes de partes interesadas.
h. Revisar los resultados de las auditorías y compartir los hallazgos relevantes con las partes interesadas, destacando las áreas de mejora y las buenas prácticas identificadas.

3.2.14. POLÍTICA DE SEGURIDAD VIAL

La Sociedad Médica de Rionegro SOMER S.A, entidad especializada en la prestación de servicios de salud de mediana y alta complejidad, reconoce la vital importancia de garantizar la seguridad de sus colaboradores mientras se desempeñan como actores viales. Por ende,

se compromete a mantener altos estándares de seguridad vial durante la ejecución de sus actividades, incluyendo la atención a las condiciones de los vehículos involucrados.

Para SOMER S.A, es primordial fomentar y preservar prácticas preventivas en materia de seguridad vial. Por consiguiente, la empresa se compromete a destinar los recursos, medios y estrategias necesarias para proteger la seguridad vial de todos los actores en la vía. Asimismo, se compromete a llevar a cabo un proceso de mejora continua con el objetivo de minimizar los riesgos de siniestros viales, tanto para conductores como para otras partes relacionadas con la operación.

Esta política establece claramente la prohibición de conducir bajo los efectos del alcohol, sustancias psicoactivas o fatiga, el uso de equipos celulares mientras se conduce, así como el respeto a los límites de velocidad y el uso obligatorio de cinturones de seguridad y equipos de protección personal (EPP) adecuados durante la operación. Además, se insta a los colaboradores a cumplir con todas las normativas de seguridad vial, mantenimientos preventivos de los vehículos, realizar inspecciones preoperacionales de los vehículos y participar activamente en las iniciativas de la empresa destinadas a mitigar los riesgos de accidentes, protegiendo así la integridad de todos los involucrados y el entorno en general.

Esta política será revisada, como mínimo cada tres (3) años, socializada y accesible para todos los niveles de la organización.

Operativización de la política:

a. Cumplir con los objetivos y metas del plan estratégico de seguridad vial.
b. Cumplir con la reglamentación establecida en la normatividad vigente en temas relacionados de tránsito y transporte Código Nacional de Tránsito terrestre Ley 769 del 2002 o aquellas que la aclaren, modifiquen o sustituyan con ocasión a la prevención en materia de seguridad vial.
c. Vigilar las responsabilidades propias y de nuestros colaboradores en cuanto a las listas de chequeo preoperacional y el mantenimiento preventivo y correctivo, procurando óptimas condiciones de operación a los vehículos.
d. Establecer estrategias de concientización tanto para peatones, pasajeros y conductores hacia el respeto de las normas y señales de tránsito.
e. Contar con personal calificado para operar vehículos en el cumplimiento del objeto contractual.
f. El nivel directivo de la organización se compromete a suministrar y garantizar los recursos para la planificación, implementación, seguimiento y mejora del plan estratégico de seguridad vial.
g. La alta dirección se compromete a documentar e implementar los programas de riesgos críticos y factores de desempeño y gestionar el riesgo vial en los desplazamientos itinere.

3.2.15. POLÍTICA DE PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL Y SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN EL LUGAR DE TRABAJO

La Clínica Somer, consciente de que el consumo de alcohol, tabaco y sustancias psicoactivas afecta los ambientes de trabajo, aumenta los riesgos laborales y atenta contra la salud y seguridad de los colaboradores, se compromete con el diseño, implementación y socialización del programa para la prevención y control del consumo de alcohol y sustancias psicoactivas.

Articulado con los lineamientos establecidos en la normatividad vigente, las guías del ministerio de la protección social, el reglamento interno de trabajo, el código de ética y código de conducta y buen gobierno, y los programas institucionales enfocados en el bienestar integral de los colaboradores, se establecen los siguientes parámetros:

a. Es responsabilidad de todo el personal de la clínica, seguir los lineamientos definidos en la política y asumir las medidas para prevenir el consumo de alcohol y sustancias psicoactivas.
b. La indebida utilización de medicamentos formulados, posesión, distribución y venta de drogas no recetadas o de sustancias alucinógenas y enervantes, y bebidas alcohólicas en el desarrollo del trabajo, dentro de las instalaciones, u operación de vehículos, está estrictamente prohibido.
c. Está prohibido presentarse al lugar de trabajo bajo los efectos de bebidas alcohólicas o bajo la influencia de sustancias psicoactivas; o ingerir bebidas alcohólicas o consumir cualquiera de estas sustancias, durante la jornada laboral.
d. No se permite fumar en los lugares de trabajo anexos y conexos (áreas que forman parte de las instalaciones o espacios contiguos a las mismas); si lo considera necesario, debe hacerlo fuera de las instalaciones de la entidad.
e. La Clínica Somer podrá desarrollar pruebas para determinar si existe un estado de alicoramiento o consumo de las sustancias psicoactivas.

La presente política aplica para todos los colaboradores y contratistas que desarrollan actividades dentro de las instalaciones de la Clínica Somer.

Operativización de la política:

a. La Clínica Somer, se compromete a garantizar los espacios libres de humo dentro de las instalaciones de la Clínica, capacitar al personal sobre los efectos del consumo de alcohol y sustancias psicoactivas, la prevención de adicciones y la detección temprana de las mismas, a generar los lineamientos para la atención y/o remisión de casos de uso problemático de sustancias psicoactivas, y a promover la salud mental y los estilos de vida saludables.

3.2.16. POLÍTICA PARA PREVENIR LA VIOLENCIA EN EL LUGAR DE TRABAJO

La Violencia Laboral

Conscientes de la importancia y las consecuencias que conllevan los incidentes y/o accidentes de violencia en el lugar de trabajo, la clínica Somer se compromete a gestionar oportunamente las acciones de prevención, identificación, intervención y definición de planes de acción encaminados a la disminución y mitigación del riesgo de acuerdo a la clasificación del tipo de violencia I, II o III; lo anterior determina la adopción y declaración de los siguientes compromisos y principios rectores:

- Apoyamos y priorizamos cualquier acción o iniciativa razonable encaminada a lograr un entorno libre de violencia en nuestra clínica.

- No se tolera, bajo ninguna circunstancia, comportamientos violentos o que intencionalmente genere violencia por parte de colaboradores, contratistas, usuarios o sus familias, acompañantes o visitantes presentes en la Clínica Somer.

- Los directores, líderes, coordinadores y jefes de las diferentes áreas y centros de trabajo tienen la obligación y el deber de aplicar y velar por el cumplimiento de esta política y de demostrar su liderazgo con el ejemplo.

- Promover el reporte bajo la conservación de la política de confidencialidad de la Institución, garantizando la captación, investigación, seguimiento y gestión de los casos.

Invitamos por tanto a todos nuestros colaboradores, contratistas, usuarios y sus familias, acompañantes o visitantes, presentes en Somer S.A., a seguir, acatar y respetar la política y los procedimientos establecidos por nuestra organización en materia de prevención de la violencia.

Operativización de la política:

Con el fin de procurar razonablemente reducir y eliminar los riesgos relacionados con la violencia en su lugar de trabajo, es deber de todo trabajador que labore en nuestra institución independente de su forma de contratación y/o vinculación:

a. Comunicar por medio del reporte de incidente o accidente laboral, cualquier evento de violencia del cual sea testigo o tenga conocimiento, aun los considerados de poca importancia.

b. No ser indiferente e intervenir activamente en la prevención y corrección de situaciones de las cuales sea testigo, de acuerdo a los procedimientos y normativas institucionales, con la prudencia que el manejo de estas circunstancias exige.

c. Contribuir con directivos, líderes, jefes y coordinadores de las diferentes áreas y centros de trabajo en la prevención y reducción de la violencia en el lugar de trabajo.

d. Fomentar activamente la conciencia de los riesgos, consecuencias y sanciones relacionados con la violencia laboral.

e. Asistir a las actividades de capacitación y formación programadas por la institución en esta materia.

f. Participar activamente en las campañas establecidas por los diferentes comités y grupos de apoyo Institucional.

3.2.17 POLÍTICA DE DESCONEXIÓN LABORAL

La Sociedad Médica Rionegro S.A. Somer S.A., se compromete con la salud de sus colaboradores y establece las directrices que garantizarán el disfrute de sus periodos de descanso, licencias, permisos y vacaciones, mediante la aplicación de la ley 2191 del 2022 y el cumplimiento de la misma, a través de la cual se contempla la desconexión laboral, siendo esto un derecho, que el empleador debe garantizar, con el fin de asegurar el equilibrio de la vida personal, familiar y laboral de sus trabajadores.

Operativización de la política:

a) Los trabajadores tendrán derecho a disfrutar efectiva y plenamente de sus periodos de descanso, licencias, permisos, vacaciones, esto, con el fin de que pueda gozar de dichos espacios en comunión con su familia, amigos y esparcimiento personal.
b) La desconexión laboral inicia una vez el trabajador ha finalizado la jornada laboral pactada o ha iniciado el disfrute del periodo de licencia, vacaciones, permisos, etc. Una vez finalizada la jornada laboral o iniciado el periodo de permiso, licencia y/o vacaciones, el trabajador no se encuentra en la obligación de atender llamadas, mensajes, correos, etc., siempre y cuando, no se trate de un hecho urgente, grave, de fuerza mayor o caso fortuito, en el cual se requiera de la atención por parte del trabajador, con el fin de que el buen funcionamiento de la institución no se vea afectado.
c) Aquellos trabajadores que desempeñan cargos y/o funciones, que tienen la calidad de dirección, confianza y manejo, se encuentran excluidos de la regulación de la jornada máxima legal, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 162 del C.S.T. por tanto, también están, dentro de las excepciones de aplicación de la ley 2191 de 2022, que trata sobre desconexión laboral.

d) Los canales tecnológicos suministrados por la institución como herramientas para la ejecución de las funciones asignadas deberán ser atendidos única y exclusivamente durante el curso de la jornada laboral, salvo para aquellos casos excluidos de esta política. Así, aunque se podrán impartir instrucciones a través de medios tecnológicos fuera del horario laboral en atención a su calidad y funciones en curso, y para efectos de garantizar el derecho a la desconexión laboral del trabajador, deberá atenderse todo mensaje conforme a los lineamientos de esta política.
Es decir que, en caso de que este tipo de comunicaciones sean emitidas o recibidas fuera del citado horario, el emisor de estas deberá tener presente que el receptor podrá ejercer su derecho a la desconexión digital y contestarlas únicamente dentro de su horario laboral.

3.2.18 POLÍTICA DE FORMACIÓN CONTINUA

La Clínica Somer S.A. se compromete a brindar herramientas que permitan fortalecer competencias del saber, saber hacer y ser, en los colaboradores; a través de los procesos de formación continua, fortaleciendo los procesos propios de la organización con personal competente y calificado, de acuerdo a los nuevos avances técnicos y tecnológicos.

Acorde a los procesos de formación continua para alcanzar los objetivos estratégicos, la Clínica define un plan de capacitaciones anual, el cual contemplara los componentes formativos a desarrollar de acuerdo a sus perfiles y necesidades de formación".

Operativización:

a) Para desarrollar estas directrices, desde una visión formativa, la Clínica cuenta con un modelo de gestión del conocimiento, alineado con los objetivos estratégicos de la organización, en congruencia con las necesidades de formación, tomando como base los lineamientos normativos contemplados en el decreto único de educación 1075 de mayo de 2015.
b) La clínica Somer, anualmente realizara actualización del plan de capacitaciones, de acuerdo con el diagnóstico realizado desde el proceso de gestión del conocimiento, en el cual se priorizarán los saberes normativos y críticos para la organización.
c) Desde el área de formación se apoyará a las áreas involucradas en los procesos de diseños metodológicos de las formaciones, las cuales quedaran consignadas de acuerdo a su alcance en los formatos de diseños instruccionales.
d) Las formaciones contaran con una medición de impacto basadas en el modelo de evaluación Kirk Patrick, basándose en los niveles de respuesta, aprendizaje, desempeño y resultados.

3.2.19 POLÍTICA DE TELETRABAJO

La Clínica Somer, comprometida con la salud de sus trabajadores, establece los lineamientos, que garanticen el desarrollo adecuado del teletrabajo, así:

Con el fin de garantizar la confidencialidad, integridad y disponibilidad de la información en un entorno de teletrabajo, se establece que la organización debe proveer a los teletrabajadores los recursos necesarios para realizar su labor en el sitio en que la desarrollen de acuerdo a lo establecido en el decreto 1227 de 2022 y las demás normatividades aplicables y vigentes. A parte de ello se debe definir el modelo de teletrabajo a aplicar en la Clínica Somer, identificar los empleados que van a contar con un esquema de teletrabajo, establecer el protocolo de asignación de recursos para trabajar en el lugar establecido y definir protocolos de monitoreo de actividades de los teletrabajadores que puedan afectar la confidencialidad, integridad y disponibilidad de la información. De igual forma se garantiza que los empleados que presten sus servicios bajo la figura del teletrabajo, gozarán de igualdad de trato, frente a los empleados que laboran bajo otra modalidad, por lo cual contarán con los mismos beneficios convencionales y legales, serán objeto de validación, por parte del área de control interno de la Clínica.

Esta política tendrá efectiva vigencia a partir de la fecha de emisión de la misma.

Operativización de la política:

a) Se cuenta con rutas de aprendizaje para teletrabajadores y para los líderes con teletrabajadores a cargo.
b) El comité de teletrabajo se encargará de velar por el cumplimiento de las disposiciones contenidas en la política y manual de teletrabajo.
c) Se garantizará la socialización de la medida de teletrabajo conforme a lo establecido en el manual.

3.3. POLÍTICAS ESPECÍFICAS DE GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN

3.3.1 POLÍTICA Y PROCEDIMIENTOS PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

La Clínica Somer, se compromete a dar cumplimiento a la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios, fundamentada en el respeto y protección de la privacidad de nuestros grupos de interés. Recopilamos, almacenamos y procesamos los datos personales de manera segura y confidencial, dando especial aplicación a los principios de; legalidad, finalidad, libertad, veracidad o calidad, transparencia, acceso y circulación restringida, seguridad y confidencialidad. Esta política y sus procedimientos están contenidos en el manual **GER.MAN.9.**

Operativización de la política

La operativización de nuestra política de tratamiento de datos personales se materializa a través de estrictos procedimientos.

a. Se recopilan datos únicamente con la autorización de tratamiento de datos de los diferentes grupos de interés con los que se relaciona la Clínica, con las excepciones contenidas en la normatividad vigente.
b. Designamos un oficial de protección de datos personales y un comité.
c. Administramos los riesgos basados en el modelo definido por la Clínica para la prevención, detección, respuesta y mejora continua.
d. En el marco del modelo de gestión de riesgos, la clínica implementa medidas proactivas para identificar, evaluar y mitigar posibles riesgos asociados al tratamiento de datos personales, asegurando la integridad y confidencialidad de la información.
e. Se utilizan los datos exclusivamente para los fines señalados en la prestación de los servicios médicos y administrativos que se brindan.
f. La información se almacena de forma segura, implementando medidas técnicas, humanas y administrativas para prevenir accesos no autorizados.
g. Se garantiza el derecho a los titulares de datos personales a acceder, actualizar, rectificar sus datos, así como a revocar la autorización en cualquier momento, siempre que esta no contraríe otras normas asociadas a la prestación del servicio en salud.
h. La clínica notifica de manera oportuna cualquier incidente de seguridad que pueda comprometer la integridad de los datos personales.
i. Aseguramos desde la gestión del riesgo el tratamiento de datos personales de manera responsable y confidencial de la información.
j. Reportamos anualmente las bases de datos ante el Registro Nacional de Base de Datos- RNBD de la Superintendencia de Industria y Comercio.

3.3.2. POLÍTICA DE GESTIÓN DOCUMENTAL

La clínica Somer se compromete a desarrollar su gestión documental con metodologías y procedimientos archivísticos seguros, eficientes, innovadores y basados en el uso de las nuevas tecnologías de la información, que garanticen el mejoramiento continuo, la competitividad institucional y alineado a los propósitos establecidos en la responsabilidad social empresarial.

Operativización de la política:

a. Verificación y auditoria de la aplicación de los procedimientos de gestión documental en las áreas y servicios de la institución.

b. Garantizar los espacios físicos y electrónicos para la conservación y custodia de los documentos en sus diferentes soportes.
c. Elaboración y aplicación de instrumentos archivísticos.
d. Identificación y valoración de riesgos asociados al manejo de los documentos.
e. Realizar proceso de referenciación en salud, ligados al manejo documental.
f. Adelantar estrategias de uso eficiente de papel enfocadas a mitigar los efectos generados al medio ambiente.
g. Realizar estrategias de articulación con los sistemas de gestión de la clínica para el logro de los objetivos.
h. Promover la adopción y uso de las herramientas tecnológicas para la automatización y mejora de procesos documentales.
i. Velar por la actualización y aplicación de la normatividad vigente en materia a la gestión documental.

3.3.3. POLÍTICA SOBRE USO DE LA TECNOLOGÍA INFORMÁTICA

La Clínica Somer garantizará que la tecnología utilizada sea de calidad y de forma adecuada, propendiendo el uso racional de todos los recursos (técnicos, humanos, financieros).

Operativización de la política:

a. Se salvaguardará los datos de toda la organización, permitiendo el acceso a ella solo al personal que se autorice.
b. Todo cambio que afecte los recursos informáticos, debe ser requerido por los usuarios de la información y aprobado formalmente por el responsable de la administración del mismo, al nivel de jefe inmediato o a quienes estos formalmente deleguen. El responsable de la administración de los accesos tendrá la facultad de aceptar o rechazar la solicitud.
c. Controlar, alertar sobre cualquier anomalía encontrada en los registros de auditoría para tener la certeza que los sistemas de información y sus sistemas de seguridad no han sido violados.
d. Todos los sistemas automáticos que operen y administren información sensitiva, valiosa o crítica para la Clínica, como son sistemas de aplicación en producción, sistemas operativos, sistemas de bases de datos y telecomunicaciones deben generar pistas (adición, modificación, borrado) de auditoría.
e. Todos los archivos de auditorías deben proporcionar suficiente información para apoyar el monitoreo, control y auditorías.
f. Todos los archivos de auditorías de los diferentes sistemas deben preservarse por periodos definidos según su criticidad y de acuerdo a las exigencias legales para cada caso.
g. Todos los archivos de auditorías deben ser custodiados en forma segura para que no puedan ser modificados y para que puedan ser leídos únicamente por personas autorizadas; los usuarios que no estén autorizados deben solicitarlos al área encargada de su administración y custodia.

h. Todos los computadores de la Clínica deben estar sincronizados y tener la fecha y hora exacta para que el registro en la auditoría sea correcto.
i. Realizar auditorías periódicas a los sistemas de información de la clínica para asegurar su calidad.

3.4. POLÍTICAS ESPECÍFICAS DE GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA

3.4.1. POLÍTICA DE MANTENIMIENTO

La Clínica Somer garantizará la realización y ejecución de los programas de mantenimiento preventivo y correctivo a todos los activos de la institución con el fin de garantizar una continua prestación en los servicios.

Operativización de la política:

a. Se debe mantener el cronograma de mantenimiento preventivo de todos los equipos biomédicos, industrial e infraestructura de acuerdo a los protocolos.
b. Mantener y actualizar anualmente el cronograma de mantenimiento de equipo biomédico, industrial e infraestructura ante los entes de control.
c. Todo equipo industrial y biomédico de la clínica deberán tener su hoja de vida con la respectiva factura de compra, garantía, certificado de importación, cronograma de mantenimiento anual vigente, fichas técnicas y/o protocolos de mantenimiento.
d. Todos los equipos clasificados como alto riesgo que garanticen mediciones precisas deberán acreditar certificación y calibración anual según requerimiento del proveedor y la normatividad vigente que garantice su funcionalidad.
e. Toda verificación diaria de los equipos deberá estar sustentada por los formatos específicos establecidos dentro del procedimiento para tal fin y archivado en la hoja de vida de cada equipo, es obligación dar respuesta oportuna a las solicitudes de mantenimientos correctivos.

3.5. POLÍTICAS ESPECÍFICAS DE RESPONSABILIDAD SOCIAL

3.5.1. POLÍTICA AMBIENTAL

La Clínica Somer se compromete a:

- Implementar procesos seguros por medio del desarrollo de acciones que permitan prevenir, mitigar y corregir los impactos negativos generados en cada una de sus actividades.
- Establecer prácticas ambientales que permitan un manejo integral de los residuos sólidos hospitalarios, un manejo seguro de sustancias químicas, el fortalecimiento de las prácticas de orden y aseo, y el uso adecuado de los recursos naturales.

- Mantener una cultura ambiental con la comunidad, el personal interno, los usuarios y sus familias.
- Estar siempre atentos al mejoramiento continuo y al cumplimiento de la legislación ambiental.

Operativización de la política:

a. Velar por el cumplimiento de la normatividad ambiental vigente aplicable a la razón social de la clínica Somer.
b. Incorporar la dimensión ambiental en la toma de cualquier decisión de la empresa.
c. Brindar asesoría técnica-ambiental al interior de la institución.
d. Establecer e implementar acciones de prevención, mitigación, corrección y compensación de los impactos ambientales que se generan al interior y al exterior de la Institución.
e. Planificar, establecer e implementar procesos y procedimientos, gestionar recursos que permiten desarrollar, controlar y realizar seguimiento a las acciones encaminadas a dirigir la gestión ambiental y la gestión de riesgo ambiental de las mismas.
f. Promover el mejoramiento de la gestión y desempeño ambiental al interior de la empresa.
g. Implementar mejores prácticas ambientales al interior de la institución, donde se reflejen cambios en el ambiente laboral, con la sociedad y en los procesos productivos.

3.6. POLÍTICAS ESPECÍFICAS DE LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA

3.6.1. POLÍTICA DE CONTRATACIÓN

La Clínica Somer se compromete a desarrollar procesos de contratación transparentes, ajustados a la normatividad vigente y a los postulados de la buena fe establecidos en la constitución política y en los códigos de ética, conducta y buen gobierno corporativo y promueve un comportamiento ético en todos los colaboradores y líderes responsables de estos procesos, de tal manera que se garantice transparencia e igualdad para las partes.

También se deben tener en cuenta y respetar los principios éticos y de transparencia establecidos en las demás políticas institucionales incluidas en el manual de políticas de la Clínica (GER.MAN.3) y evitar conductas y prácticas contrarias a éstas.

De esta manera, la Clínica fomentará y garantizará en sus procesos de contratación el derecho a la igualdad establecido en el artículo 13 de la constitución política y no asumirá posición dominante alguna, ni permitirá que terceros lo hagan con la Institución. Igualmente, permitirá la libre competencia, según los postulados establecidos en el artículo 333 de la misma constitución política, los cuales señalan que “la libre competencia económica es un derecho de todos, que supone responsabilidades” y que *“la* actividad económica y la iniciativa privada

son libres, dentro de los límites del bien común", como también indica que "nadie podrá exigir permisos previos ni requisitos, sin autorización de la ley".

Operativización de la política:

a) Todos los procesos de contratación que se desarrollen en la Institución deberán tener un enfoque de riesgos y ajustarse a la política institucional de gestión de riesgos, lo que implica que cada proceso deberá identificarlos y establecer los controles requeridos para mitigarlos, en cada una de sus fases.

b) Se deberán cumplir todos y cada uno de los pasos establecidos en el proceso de contratación de la Clínica, los cuales están descritos en el manual de contratación (GER.MAN.3).

c) Sin excepción alguna, todos los candidatos a contratistas de la Clínica deberán ser analizados por el sistema de administración del riesgo de lavado de activos y de la financiación del terrorismo, de la compañía, antes de la suscripción del contrato.

d) Según lo establecido en la política de conflicto de intereses de la Clínica, todos los contratistas se comprometen a comunicar cualquier situación en la que sus intereses personales puedan afectar sus decisiones durante la prestación de los servicios o dichas decisiones beneficien directa o indirectamente sus intereses personales, por lo tanto, deberán declarar su conflicto de intereses a través de los mecanismos y formatos establecidos para tal fin.

e) Todos los contratistas y prestadores de servicios deberán acatar las normas y políticas internas que garanticen la calidad y continuidad de los servicios y sus tres atributos fundamentales: la humanización, la seguridad del paciente y el mejoramiento continuo.

f) Por ningún motivo se pueden prestar servicios a través de terceros, sin la debida contratación de estos terceros.

g) Todos los contratistas estarán sujetos a procesos de supervisión que serán ejecutados de conformidad con los compromisos y obligaciones contractuales y con los procedimientos e instrumentos que para el efecto establezca la clínica, los cuales serán de conocimiento de los contratistas.

h) Para todos los negocios jurídicos y procesos de contratación que se celebren en la Clínica, se establece que la única persona que puede adquirir compromisos contractuales en nombre de la Sociedad y suscribir los contratos, es el representante legal o en su ausencia, el suplente principal.

i) Ningún colaborador de la Clínica puede comprometerse u obligarse contractualmente en nombre de la Institución, sin el consentimiento previo y por escrito del representante legal de la compañía y el respectivo comité técnico.

j) Todos los proyectos contractuales de la Clínica deberán ser conocidos previamente por el representante legal y contar con su concepto favorable para avanzar en éstos. Igualmente, deberán ser analizados, discutidos y avalados previamente en el comité técnico respectivo y contar con su concepto favorable, lo cual debe constar en actas.

3.6.2. POLÍTICA DE COMPRAS

OBJETIVO

Definir los lineamientos necesarios para garantizar la adecuada adquisición de bienes y servicios, a través del área de compras como única ejecutora del proceso, teniendo en cuenta la atribución establecida por la gerencia general y velando por los intereses de la institución.

Algunos de los grupos de interés son:

Empleados

El proceso de compras de Somer S.A. está orientado a fomentar el crecimiento de forma tal que sea un componente clave en la consecución de los objetivos estratégicos de la empresa. Para ello, Somer S.A. ofrece unas condiciones de trabajo favorables y muy competitivas, además de un entorno laboral seguro y agradable. De este modo, el objetivo de mayor importancia estriba en buscar la prosperidad y el bienestar de sus empleados fomentando su compromiso con la planificación de las tareas específicas que desempeñan. Dichas tareas constituyen retos que permiten que los empleados crezcan como personas y generen nuevas oportunidades para ellos mismos. Somer S.A. es consciente de que gran parte del éxito de la empresa depende del compromiso y dedicación de todos sus empleados, por lo que desea comunicarse con ellos de la forma más abierta y clara.

Accionistas

El objetivo de la política de Somer S.A., es aumentar el valor de mercado de la empresa para así generar un rendimiento constante del capital invertido. Esto se consigue gracias a un espíritu competitivo bien entendido con respecto al resto de las empresas del mercado, a través de la administración eficiente de los recursos.

Proveedores

La cuidadosa selección y el seguimiento de sus proveedores, constituye un factor de relevancia en el cumplimiento del compromiso de Somer S.A. para brindar a sus clientes internos y externos productos de primera calidad, acordes con sus necesidades específicas.

Cuanto mejor sea la gestión de compras, mejor será la prestación de nuestros servicios, es por esto que debemos crear fuertes lazos en el trabajo con nuestros proveedores; alianzas que nos permiten alcanzar y exceder los requerimientos de nuestros clientes y enfrentar los desafíos del mercado.

Gobierno

La empresa asume el compromiso de ejercer su responsabilidad social empresarial manteniendo una transparencia comunicativa con el estado que tiene un legítimo interés en el desarrollo de nuestras actividades. Es por esto que entre sus políticas está dar estricto cumplimiento a la legislación y normatividad existentes tanto para la empresa como para el sector de la salud, cumplir con sus obligaciones tributarias buscando siempre la transparencia y el cumplimiento ético de la Ley.

Entes de control

El propósito de Somer S.A.es velar por la conservación de su ética empresarial, mantener la transparencia en sus operaciones, e informar a los diversos grupos de interés, los principales aspectos de su gobierno, de tal forma que sus actuaciones sean comprendidas de manera diáfana y que sobre las mismas no se presenten elementos de ambigüedad.

Somer S.A. se compromete a mantener unas relaciones armónicas con los organismos de control y a suministrar la información que legalmente estos requieran, en forma oportuna, completa y veraz para que puedan desempeñar eficazmente su labor. Igualmente, se compromete a desarrollar e implementar las acciones de mejoramiento institucional que estos órganos de control recomienden en sus respectivos informes.

Usuarios

A través de este proceso, se espera aumentar el nivel de eficacia, así como incrementar la satisfacción con los productos y servicios ofrecidos. Para cumplir estos objetivos, Somer S.A. pone a su disposición una amplia gama de productos y servicios de alta calidad científica, tecnológica y humana, destinados a satisfacer las necesidades de los usuarios en cuanto a oportunidad y seguridad en la prestación del servicio e información suficiente, clara y oportuna velando por su integridad y los derechos fundamentales de todo ser humano.

Sociedad en conjunto

Se establece que la Clínica debe llevar a cabo su actividad según las normas y leyes aplicables en el país de forma responsable. Así mismo, establece que nunca se deberá contradecir dicha legislación con conocimiento de causa. En cualquier caso, deberá respetarse en todo momento la calidad de vida y las normas legales, laborales y de seguridad.

ALCANCE

Este proceso aplica para todas las compras de bienes y servicios que se requieren al interior de la organización.

DEFINICIONES

Medicamento: es aquel preparado farmacéutico obtenido a partir de principios activos, con sin sustancia auxiliares, presentando bajo forma farmacéutica que se utiliza para la prevención, alivio, diagnóstico, tratamiento curación o rehabilitación de la enfermedad. los envases, rótulos, etiquetas y empaques hacen parte integral del medicamento, por cuanto estos garantizan su calidad, estabilidad y uso adecuado.

Medicamento esencial: es aquel que reúne características de ser el más costoso efectivo en el tratamiento de una enfermedad, en razón de su eficacia y seguridad farmacológica, por dar una respuesta más favorable a los problemas de mayor incidencia en el perfil de morbimortalidad de una comunidad y porque su costo se ajusta las condiciones de la economía del país.

Insumos para la salud: son todos los productos que tienen importancia sanitaria tales como: materiales de prótesis y órtesis, de aplicación intercorporal de sustancias, los que se introducen al organismo con fines de diagnóstico y demás, las suturas y los materiales de curación en general y aquellos otros productos que con posterioridad se determine que requieren de registro sanitario para su producción y comercialización.

Restricciones de comercialización de medicamentos: son las condiciones autorizadas por la autoridad sanitaria para que un medicamento sea comercializado en condiciones especiales. Son ellas el uso exclusivamente intrahospitalario o el uso exclusivo bajo la supervisión del especialista.

Buenas prácticas de manufactura de dispositivos médicos BPM: son los procedimientos y métodos utilizados para asegurar la calidad durante la manufactura, el

empaque, almacenamiento y la instalación de los dispositivos médicos para uso humano. Estos procedimientos se refieren a la estructura organizacional, responsabilidades, procesos y recursos para implementar los requisitos de calidad asociados con el dispositivo médico.

Certificado de capacidad de almacenamiento y acondicionamiento - CCAA: es el acto administrativo que expide el instituto nacional de vigilancia de medicamentos y alimentos - INVIMA - a los importadores de dispositivos médicos, en el que consta el cumplimiento de las condiciones sanitarias para el almacenamiento y/o acondicionamiento, control de calidad, de dotación y recurso humano, que garantizan su buen funcionamiento, así como la capacidad técnica y la calidad de los mismos.

Certificado de cumplimiento de buenas prácticas de manufactura - CCBPM: es el acto administrativo que expide el instituto nacional de vigilancia de medicamentos y alimentos - INVIMA - para los fabricantes de dispositivos médicos, en el cual se hace constar que el establecimiento fabricante cumple con las buenas prácticas de manufactura de dispositivos médicos expedidas por el ministerio de la protección social.

Concepto técnico de las condiciones sanitarias: es el documento expedido por el instituto nacional de vigilancia de medicamentos y alimentos - INVIMA -, en el que consta el cumplimiento de las condiciones higiénicas, técnicas, locativas, de dotación, recursos humanos y de control de calidad que garantizan el buen funcionamiento del establecimiento fabricante, así como la capacidad técnica y la calidad de los productos que allí se elaboran, el cual regirá hasta tanto se certifique el cumplimiento de las buenas prácticas de manufactura de dispositivos médicos -BPM.

Dispositivo médico para uso humano: se entiende por dispositivo médico para uso humano, cualquier instrumento, aparato, máquina, software, equipo biomédico u otro artículo similar o relacionado, utilizado sólo o en combinación, incluyendo sus componentes, partes, accesorios y programas informáticos que intervengan en su correcta aplicación, propuesta por el fabricante para su uso en:

- Diagnóstico, prevención, supervisión, tratamiento o alivio de una enfermedad.
- Diagnóstico, prevención, supervisión, tratamiento, alivio o compensación de una lesión de una deficiencia.
- Investigación, sustitución, modificación o soporte de la estructura anatómica o de un proceso fisiológico.
- Diagnóstico del embarazo y control de la concepción.

- Cuidado durante el embarazo, el nacimiento o después del mismo, incluyendo el cuidado del recién nacido.
- Productos para desinfección y/o esterilización de dispositivos médicos.
- Los dispositivos médicos para uso humano, no deberán ejercer la acción principal que se desea por medios farmacológicos, inmunológicos o metabólicos.

Dispositivo médico activo: cualquier dispositivo médico cuyo funcionamiento dependa de una fuente de energía eléctrica o de cualquier fuente de energía distinta de la generada directamente por el cuerpo humano o por la gravedad, y que actúa mediante la conversión de dicha energía. No se considerarán dispositivos médicos activos, los productos sanitarios destinados a transmitir, sin ninguna modificación significativa, energía, sustancias u otros elementos de un dispositivo médico activo al paciente.

Dispositivo médico activo terapéutico: cualquier dispositivo médico activo utilizado sólo o en combinación con otros dispositivos médicos, destinado a sostener, modificar, sustituir o restaurar funciones o estructuras biológicas en el contexto del tratamiento o alivio de una enfermedad, lesión o deficiencia.

Accesorio: el destinado especialmente por el fabricante para ser utilizado en forma conjunta con un dispositivo médico, para que este último, pueda emplearse de conformidad y con la finalidad prevista para el producto por el fabricante del mismo.

Número de lote o serie: designación (mediante números, letras o ambos) del lote o serie de dispositivos médicos que, en caso de necesidad, permita localizar y revisar todas las operaciones de fabricación e inspección practicadas durante su producción y permitiendo su trazabilidad.

Registro sanitario: es el documento público expedido por el instituto nacional de vigilancia de medicamentos y alimentos - INVIMA - previo el procedimiento tendiente a verificar el cumplimiento de los requisitos técnico - legales y sanitarios establecidos en el presente decreto, el cual faculta a una persona natural o jurídica para producir, comercializar, importar, exportar, envasar, procesar, expender y/o almacenar un dispositivo médico.

Dispositivo médico o equipo biomédico vital no disponible: son aquellos indispensables e irremplazables para salvaguardar la vida o aliviar el sufrimiento de un paciente o grupo de pacientes, y que, por condiciones de baja rentabilidad en su comercialización, no se encuentran disponibles en el país o las cantidades no son suficientes.

Farmacovigilancia: es la ciencia y actividades relacionadas con la detección, evaluación, entendimiento y prevención de los eventos adversos o cualquier otro problema relacionado con medicamentos.

Tecnovigilancia: es el conjunto de actividades que tienen por objeto la identificación y la cualificación de efectos adversos serios e indeseados producidos por los dispositivos médicos, así como la identificación de los factores de riesgo asociados a estos efectos o características, con base en la notificación, registro y evaluación sistemática de los efectos adversos de los dispositivos médicos, con el fin de determinar la frecuencia, gravedad e incidencia de los mismos para prevenir su aparición.

Comité de compras: es el encargado de aplicar la política de compras, como organismo asesor del responsable legal de la institución, ordenador del gasto; este grupo es el responsable de estudiar las propuestas presentadas para bienes y servicios por los proveedores; con criterios de eficiencia, eficacia y efectividad; analizando las condiciones de experiencia, precio, forma de pago, calidad, garantías y demás que sean requeridas por la institución.

Criterio técnico: es el concepto emitido por el profesional responsable y éste prevalecerá cuando se presenten diferencias de criterios entre el comité compras y el profesional solicitante del bien o servicio, respecto a la calidad, recepción y almacenamiento, distribución, uso adecuado, devolución al proveedor, ofrecimiento, aceptación y/o rechazo de medicamentos, dispositivos médicos, materiales, insumos, equipos, entre otros que se tengan en consideración.

Insumos por contrato: son el resultado de contratos en comodato o de mantenimiento de equipos, en los cuales se establecen cláusulas de venta exclusiva de elementos, reactivos, insumos o accesorios por parte del proveedor que entrega el equipo a la Institución o presta su servicio según el caso.

Compra de tecnología: hace referencia a las compras de equipos que se requieran en la Institución, ya sea para reposición, ampliación o apertura de nuevos servicios.

Compras urgentes: son todas aquellas compras que se realizan cuando se presenta algún problema con el suministro normal y sea indispensable su consecución para no alterar el desarrollo normal de los procesos.

Compras eventuales: también se consideran de este tipo, todas aquellas compras que corresponden a insumos o repuestos que no se manejan en stock y solo se solicitan cuando son requeridos por el usuario. Se incluyen en este grupo compras de ropa hospitalaria, medicamentos.

Compras por orden de servicio: corresponden todas las compras, que contemplan la prestación de servicios bien sea con materiales o simplemente la mano de obra.

Bienes y servicios: elementos tangibles e intangibles requeridos para satisfacer directamente las necesidades de la Clínica.

Bodegas: son los lugares de almacenamiento de bienes.

Establecimiento farmacéutico: es el establecimiento encargado de la producción, almacenamiento, distribución, comercialización, dispensación, control o aseguramiento de la calidad de los medicamentos, dispositivos médicos o de las materias primas necesarias para su elaboración y demás productos autorizados por ley para su comercialización en dicho establecimiento (decreto 2200 de 2005 Supersalud).

Puntos de venta: son los diferentes establecimientos de venta al público que tienen bienes almacenados dispuestos de tal forma que estén disponibles para la venta inmediata.

Cantidad económica de pedido: permite identificar la cantidad económica por la cual se efectúa un pedido. Esto quiere decir, una solicitud o pedido rentable para la empresa.

Costo de la orden: es igual al tamaño de la orden por el precio unitario.

Máximos: cantidad máxima de artículos e insumos que permita coordinar y satisfacer las necesidades de consumo y financiación.

Mínimos: es la cantidad mínima que debe existir en almacén, a fin de que la operación no sufra perjuicio alguno.

Requisición y/o solicitud de compra: documento que debe ser diligenciado y aprobado con el fin de permitir la entrega de bienes almacenados o la compra de bienes inexistentes en la bodega.

Inventario de seguridad: número de productos adicionales a que se mantienen en existencia con la finalidad de prevenir cualquier falta de producto.

Autoridad financiera: son las personas que están autorizadas para firmar requisiciones de bodegas, solicitudes de compra, facturas por servicios contratados y órdenes de compra.

Importaciones: es la introducción de mercancías de procedencia extranjera al territorio aduanero nacional. También se considera importación, la introducción de mercancías procedentes de zona franca industrial de bienes y de servicios, al resto del territorio aduanero nacional en los términos previstos en el decreto 2685.

Servicio farmacéutico: es el servicio de atención en salud responsable de las actividades, procedimientos e intervenciones de carácter técnico, científico y administrativo,

relacionados con los medicamentos y los dispositivos médicos utilizados en la promoción de la salud, y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, con el fin de contribuir en forma armónica e integral al mejoramiento de la calidad de vida individual y colectiva (decreto 2200 de junio de 2005 Supersalud).

LEGISLACIÓN

Decreto 677 de 1995.

Decreto 2200 de 2005, por el cual se reglamenta el servicio farmacéutico y se dictan otras disposiciones.

Decreto 4725 de 2005, por medio de reglamenta el régimen de registros sanitarios, permiso de comercialización y vigilancia sanitaria de los dispositivos médicos para uso humano.

Decreto 1011 del 2006, sistema obligatorio de garantía de la calidad.

Resolución 1403 de 2007, por la cual se determina el modelo de gestión del servicio farmacéutico, se adopta el manual de condiciones esenciales y procedimientos y se dictan otras disposiciones.

Resolución 1478 mayo 10 del 2006, por la cual se reglamenta el manejo de medicamentos de control especial.

Resolución 1043 del 2006, por medio de la cual se establece el sistema único de habilitación.

Resolución 123 del 2012, por medio de la cual se establece el sistema único de acreditación.

3.6.2.1 POLÍTICA GENERAL DE COMPRAS

CONDICIONES GENERALES

Planear, ejecutar, revisar y controlar las compras de medicamentos, dispositivos médicos, insumos, muebles, equipos biomédicos, material de osteosíntesis, repuestos, accesorios, contratación de servicios y demás que sean necesarios, garantizando una eficiente gestión de los recursos mediante la adquisición oportuna de los bienes en las mejores condiciones de precios, pago, calidad, soporte técnico, garantía y demás características que contribuyan con la seguridad de los pacientes, el fortalecimiento de los procesos y el cumplimiento de los objetivos estratégicos institucionales.

- Toda compra estará basada en una necesidad real que justifique su adquisición, generando un registro del requerimiento que permita su análisis y posterior aprobación por parte del comité de compras.

- Todas estas condiciones deben ser respaldadas por los registros correspondientes mediante requerimientos internos, cotizaciones, análisis de propuestas, órdenes de compra, facturas/contratos y otros que puedan derivarse de la aplicación del proceso.

- El comité de compras a través del "área de compras" son los facultados para atender los requerimientos de todos los centros de costos; las compras se realizarán bajo el seguimiento y control de la dirección administrativa y financiera, y con la participación del personal técnico implicado y/o solicitante en casos en que sea necesario su concepto.

- Toda compra debe ser aprobada por el comité de compras; como registro de esta actividad se debe generar una orden de compra.

- El jefe del servicio farmacéutico mediante el análisis de los consumos históricos, y el comportamiento de los máximos y mínimos de existencia de los medicamentos y dispositivos médicos, debe determinar las cantidades necesarias para cubrir las necesidades en periodos quincenales y generar el requerimiento al área de compras de manera oportuna.

- El jefe de cada área mediante el análisis de las necesidades de los servicios es el responsable de generar los requerimientos al área de compras, de manera oportuna con el fin de que ésta, pueda tramitar su compra.

- El área de compras debe mantener un registro de proveedores (base de datos), clasificado por línea de productos y servicios, el cual será consultado como primera opción cuando se vaya a realizar una compra. Este registro debe ser actualizado permanentemente y estará conformado por proveedores que le ofrezcan a la compañía óptima calidad, precios competitivos, cumplimiento en la entrega, certificaciones y convenientes condiciones de plazo para el pago, como documentación anexa se debe contar con:

- Formato conocimiento del proveedor - SARLAFT - Somer S.A. DA.FORM.1.

- Formulario registro único tributario -RUT- (completo y vigencia máxima tres meses).

- Fotocopia del documento de identidad del representante legal.

- Certificado de cuenta bancaria (relacionada en formato DA. FORM.1), donde conste: razón social de la empresa, NIT, número y tipo de cuenta (vigencia máxima de 3 meses).

- Certificado de existencia y representación legal o certificado de matrícula mercantil (vigencia máxima de 3 meses).
- Certificado de composición accionaria firmado por el contador y/o revisor fiscal (aplica a persona jurídica).
- Política de devolución y/o garantía.
- Certificado capacidad de almacenamiento y/o acondicionamiento expedido por el Invima o autorización sanitaria para distribución de medicamentos, dispositivos médicos, material de osteosíntesis y reactivos de diagnóstico In Vitro (vigente) (si aplica).
- Certificado de buenas prácticas de manufactura (BPM) expedido por el Invima, buenas prácticas de laboratorio (BPL), buenas prácticas de elaboración (BPE magistrales) o del certificado condiciones sanitarias (vigente) (si aplica).
- Certificado sanitario de apertura y funcionamiento expedido por el Invima u organismos territoriales, para distribuidores, importadores y establecimientos de tecnología ortopédica externa sobre medida (a nivel Antioquia) (si aplica).
- Resolución de medicamentos de control especial (vigente) (si aplica).
- Certificaciones (ISO, NTC, OHSAS, ONAC u otras). U otro documento donde evidencie la implementación del sistema de gestión de calidad en sus productos y/o servicios. (vigentes).
- Certificaciones en responsabilidad social empresarial y/o empresa familiarmente responsable emitido por entidades competentes (favor adjuntar soportes) y diligenciar encuesta.
- Plan de gestión de residuos de dispositivos médicos, reactivos y/o medicamentos (vencidos, averiados, contaminados, consumidos, devueltos por el cliente etc. (descarte - disposición final). (si aplica).
- Listado en Excel con los registros sanitarios y su estado ante el Invima (vigente, trámite de renovación, vencido, cancelado, suspendido entre otros), de los productos que comercializa y que lo requieran (si aplica).
- Ficha técnica de los productos vendidos a la institución (si aplica).
- Certificado vigente de cumplimiento de estándares mínimos en seguridad y salud en el trabajo expedido por la ARL.

- Toda compra de un nuevo producto que requiera especificaciones técnicas precisas o esté sujeta a parámetros predefinidos; debe contar con la justificación de la necesidad y la descripción de las características, datos en los cuales se fundamenta el área de compras para solicitar las cotizaciones a los proveedores y realizar el respectivo análisis en el comité de compras con el apoyo técnico del personal involucrado.
- El área de compras debe indicar claramente al proveedor los requerimientos de los productos, los niveles de calidad esperados y las causas probables de devolución; también se encargarán de la negociación y adquisición de los elementos.
- El control absoluto de las compras será responsabilidad de la gerencia de la compañía, quien se apoyará en la dirección administrativa y financiera, en el área de compras y en el comité de compras.
- Toda compra requiere de su aprobación para ser ejecutada; además debe contar con tres propuestas como mínimo antes de presentarse al comité de compras (excepto cuando se trate de compras con condiciones especiales, compras a proveedores seleccionados con convenios/contratos o proveedores únicos/monopolio, laboratorios multinacionales). Para todos los casos se debe contemplar hacer uso de descuentos financieros.
- Como regla general, no es necesario presentar previamente ante el comité de compras los productos que estén enmarcados como de uso cotidiano y/o urgente y otros que por su baja rotación y alto costo se incluyen en la programación sólo en caso de reposición (medicamentos especiales, material de osteosíntesis, productos oncológicos, medicamentos huérfanos, reposición de stock en almacén, etc.). En estos casos el área de compras está autorizada para realizarlas. Se exceptúan de estos, los medicamentos, dispositivos médicos y elementos necesarios para el giro ordinario del negocio y que se adquieren a través de proveedores que han sido previamente aprobados. Sin embargo, se debe dar informe al comité de compras o a quien corresponda de las novedades que hayan tenido lugar en la consecución de los mismos.
- Una a vez recibido el bien o suministro, será el área solicitante quien revise que cumple con todos los requerimientos solicitados.

3.6.2.2 NIVELES DE AUTORIZACIÓN

Teniendo en cuenta el código de buen gobierno de la institución en su artículo IX “De la política de adquisición de bienes y servicios para la organización”, que reza que “la evaluación y selección de los proveedores de la Clínica será llevada a cabo por el comité de compras y por el área solicitante de la compra o servicio”; de acuerdo a lo anterior, se establecen las siguientes premisas:

El comité de compras analizará la información suministrada por el proveedor respecto a su constitución y oferta; mediante la solicitud de los siguientes documentos:

- Formato conocimiento del proveedor - SARLAFT - Somer S.A. DA. FORM.1.
- Formulario registro único tributario -RUT- (completo y vigencia máxima tres meses).
- Fotocopia del documento de identidad del representante legal.
- Certificado de cuenta bancaria (relacionada en formato DA. FORM.1), donde conste: razón social de la empresa, NIT, número y tipo de cuenta (vigencia máxima de 3 meses).
- Certificado de existencia y representación legal o certificado de matrícula mercantil (vigencia máxima de 3 meses).
- Certificado de composición accionaria firmado por el contador y/o revisor fiscal (aplica a persona jurídica).
- Política de devolución (por vencimiento, baja rotación, errores de despacho, de pedido y/o garantía) y tiempos de entrega.
- Certificado capacidad de almacenamiento y/o acondicionamiento expedido por el invima o autorización sanitaria para distribución de medicamentos, dispositivos médicos, material de osteosíntesis y reactivos de diagnóstico In Vitro (vigente) (si aplica).
- Certificado de buenas prácticas de manufactura (BPM) expedido por el Invima, buenas prácticas de laboratorio (BPL), buenas prácticas de elaboración (BPE Magistrales) o del certificado condiciones sanitarias (vigente) (si aplica).
- Certificado sanitario de apertura y funcionamiento expedido por el Invima u organismos territoriales, para distribuidores, importadores y establecimientos de tecnología ortopédica externa sobre medida (a nivel Antioquia) (si aplica).
- Resolución de medicamentos de control especial (vigente) (si aplica).
- Certificaciones (ISO, NTC, OHSAS, ONAC u otras). U otro documento donde evidencie la implementación del sistema de gestión de calidad en sus productos y/o servicios. (vigentes).
- Certificaciones en responsabilidad social empresarial y/o empresa familiarmente responsable emitido por entidades competentes (favor adjuntar soportes) y diligenciar encuesta.

- Plan de gestión de residuos de dispositivos médicos, reactivos y/o medicamentos (vencidos, averiados, contaminados, consumidos, devueltos por el cliente etc. (descarte - disposición final). (si aplica).
- Listado en Excel con los registros sanitarios y su estado ante el Invima (vigente, trámite de renovación, vencido, cancelado, suspendido entre otros), de los productos que comercializa y que lo requieran (si aplica).
- Ficha técnica de los productos vendidos a la institución (si aplica).
- Certificado vigente de cumplimiento de estándares mínimos en seguridad y salud en el trabajo expedido por la ARL.

Para la contratación o adquisición de bienes y servicios se deben solicitar previamente mínimo tres (3) cotizaciones para ser analizadas en el comité de compras.

Al llevar a cabo la evaluación de los antecedentes del proveedor, se deben tener en cuenta los “mecanismos para la prevención, manejo y divulgación de conflictos de interés” consignados en el código de buen gobierno que establece:

“Existirá conflicto de interés cuando no sea posible la satisfacción simultánea de dos intereses a saber: el radicado en cabeza de un cliente externo o interno de Somer S.A. y el de la organización, bien porque el interés sea de aquel o de un tercero.

Entiéndase por colaborador de la organización al personal interno o al externo contratado, asesores, miembros de los comités, miembros de la junta directiva, y demás personas que de uno u otra manera participen en las actividades que desarrolla Somer S.A.
Entre los principales conflictos están:

Negocios con parientes

Se podrán realizar siempre y cuando presenten la mejor oferta en términos de calidad, servicio y precio; todo esto con autorización previa de la gerencia general; las propuestas serán sometidas a análisis en el comité de compras.

Negocios con Ex-Servidores de Somer S.A.

Somer S.A. podrá efectuar negocios con ex servidores de la empresa, siempre y cuando se ajusten a los parámetros de negociación establecidos con autorización previa de la Gerencia General o de quien el delegue, sus propuestas serán sometidas a análisis en el comité de compras.

Accionistas y empleados de Somer S.A.

Para accionistas o empleados o miembros de la junta directiva que representen o pertenezcan a alguna sociedad que exprese querer participar como proveedor de servicios o insumos, deberán someter la propuesta al procedimiento general de análisis y aprobación el cual estará en cabeza del gerente general y el comité de compras.

Aceptación de obsequios

Es contrario a los intereses de La Cínica Somer, que sus colaboradores acepten atenciones, en efectivo o en especie, tales como regalos, invitaciones, comisiones, viajes, participación en negocios y cualquier otro ofrecimiento que implique un compromiso que pueda inclinar la conducta de los mismos en favor de quien las hace. Dentro de este aspecto sólo podrán aceptarse las atenciones de común utilización dentro de las prácticas comerciales, sin embargo, se deberá dar información para el conocimiento de su respectivo superior. Se hace referencia específica a los obsequios de mayor cuantía, que ofrecen los proveedores de bienes o insumos médico quirúrgicos, los cuales pueden desviar la objetividad al momento de emitir un concepto técnico".

De la misma manera y como parte del proceso de evaluación de los antecedentes del proveedor y teniendo en cuenta los lineamientos establecidos en el manual institucional SARLAFT sistema de administración del riesgo de lavado de activos y financiación del terrorismo, se solicita al oficial operativo de SARLAFT consultar la información de la empresa y sus accionistas representativos en las listas oficiales e informará el resultado que arroje dicha consulta, con el fin de poder continuar con el proceso de vinculación del proveedor a la clínica.

El jefe de compras dando cumplimiento de las funciones que le han sido asignadas desde el comité de compras y apoyado en las autoridades financieras definidas, es la instancia determinada por la empresa para atender los pedidos de todos los centros de costos.

3.6.2.3 NIVELES DE ATRIBUCIÓN

La autoridad absoluta estará en cabeza del gerente general de Somer S.A., apoyado en la dirección administrativa y financiera, quienes delegaran la ejecución de esta actividad en el área de compras.

Con el fin de no entorpecer el giro ordinario del negocio, se asignará un presupuesto específico para el rubro de gastos diversos según su clasificación contable (servicios

generales y equipo médico, repuestos, reparaciones, mantenimiento planta física), teniendo en cuenta el costo histórico; para planear y tener control sobre los mismos.

Comité de compras

Es el encargado de aplicar la política de compras, verificar las cotizaciones que respaldan la evaluación de las ofertas y analizar las ofertas con los criterios definidos, para recomendar la adjudicación del contrato, la contratación directa o la asignación de la compra.

Integrantes

El comité de compras de Somer S. A., está conformado por las siguientes personas:

1. El gerente general de Somer S.A.
2. El director médico de Somer S.A.
3. El director administrativo y financiero de Somer S.A.
4. Líder de ambiente físico.
5. Líder biomédico de Somer S.A.
6. El director responsable del servicio de atención farmacéutico.
7. El funcionario (a) que sea responsable del área de costos y presupuestos.
8. Líder de compras.
9. Líder de tesorería.
10. El funcionario (a) que ejerza como control interno de Somer S.A. (invitado permanente).
11. Líder jurídico (invitado permanente).

El Comité al resolver las solicitudes de compras no incluidas en el plan anual de compras, podrá admitir en calidad de invitado al autor de la solicitud o quien por razones de sus funciones tenga conocimientos técnicos que sean útiles para la toma de decisiones relacionadas con el tema.

Director administrativo y financiero
En esta dirección se tramitan:

- Los contratos por leasing financiero, para la adquisición de bienes debidamente aprobados por la junta directiva o la gerencia general.
- Administración de bienes, así como los pagos de arrendamiento, sobre los cuales la empresa tenga propiedad o las tenga en arrendamiento.
- Todo lo referente a contratos de construcción, obras complementarias en las construcciones actuales de la empresa.
- El servicio de la deuda con bancos, corporaciones y terceros en general, servicios notariales y de registro de instrumentos públicos, primas de seguros bajo cualquier modalidad que estén autorizada por la junta directiva o la gerencia general.

- El pago de pólizas e impuestos: retención en la fuente, impuesto al valor agregado IVA, impuesto de renta y complementarios, impuesto de industria y comercio, impuesto predial, impuesto al patrimonio, entre otros.
- Revisoría fiscal y del asesor tributario.
- Afiliaciones a entidades, bases de datos, prensa, entre otros.
- Transporte ocasional para personal.
- Empastada de libros de contabilidad e impuestos.

Director Médico

- Contratación de servicios médicos.
- Apertura de nuevos servicios.

Líder departamento Gestión del Talento Humano

- Salarios al personal vinculado con la empresa.
- Acuerdos en conciliaciones laborales.
- Honorarios por asesoría laboral y jurídica.
- Cursos y programas de capacitación en general.
- Programas de seguridad social.
- Honorarios por prestación de servicios
- Gastos legales relacionados con la administración del personal.
- Demandas jurídicas, de responsabilidad civil, entre otros.
- Uniformes para empleados de la empresa.
- Eventos relacionados con el bienestar de los empleados en días especiales como: de la secretaria, de la enfermera, entre otros.
- Jornadas de inducción y reinducción.
- Otros relacionados con el bienestar laboral del personal.

Líder de Ambiente Físico

- Los servicios de alimentación de pacientes y personal asistencial, manejo de ropas, mantenimientos, contratos de aseo y vigilancia, y otros contratos relacionados con la prestación de servicios generales.
- Combustibles y lubricantes entre otros, requeridos para el buen funcionamiento de la clínica y la prestación del servicio.
- Las compras de libros, papelería, formatos para todas las unidades operativas y administrativas.
- Elementos de aseo y cafetería para todas las unidades operativas y administrativas.
- Control de plagas y vectores.

- Materiales, repuestos y accesorios para mantenimiento.
- Servicios públicos.
- Servicios de aeromensajería.
- Servicio de fotocopias.
- Uniformes para empleados de la empresa.
- Lencería.

Líder de Sistemas

- Equipos de cómputo y comunicación.
- Contratos de mantenimiento de software.
- Contratos de mantenimiento de equipos de cómputo.
- Servicios de conectividad de los sistemas de información.
- Negociaciones de software, tecnología informática, repuestos y accesorios.
- Planta telefónica.

Líder de Comunicaciones

- Publicidad y propaganda en medios de comunicación.
- Comunicaciones corporativas, imagen corporativa, agendas, eventos, y demás bienes y/o servicios requeridos por los usuarios.
- Servicios relacionados con mercadeo, volantes, encuestas, entre otros.
- Diseño gráfico, servicios de publicidad y de carteleras.
- Otros servicios requeridos en eventos realizados en la Clínica.

Líder Gestión Ambiental

- Servicios de recolección de residuos hospitalarios.
- Control de plagas y vectores.

Líder Servicio Farmacéutico

- Medicamentos, dispositivos médico quirúrgicos, gases medicinales y material de osteosíntesis, de acuerdo con negociaciones con los proveedores seleccionados y aprobados por el Comité.

Líder Ingeniería Biomédica

- Contratos de mantenimiento y calibración de los equipos médicos de la clínica.
- Compra de equipos para apertura y ampliación de servicios o para reposición de tecnología.

- Los materiales, repuestos e insumos en general requeridos en el área de mantenimiento para el normal funcionamiento de los equipos biomédicos de la institución.

Coordinador seguridad y salud en el trabajo

- Gestión de elementos de protección para los empleados ocupacionalmente expuestos.
- Promoción y prevención de riesgos de desastres naturales u otros que puedan generarse según la matriz de riesgos (extintores, señalización, etc.).
- Control de dosimetría, exposición a la radiación y exposición a la radiación ionizante
- Manejo de accidentes laborales (COPASST).
- Exámenes médicos de control y seguimiento a los empleados.
- Previsión de la exposición al riesgo laboral y cumplimiento al sistema de administración de productos químicos, programa SGA.

Médicos especialistas y jefe del departamento de enfermería

- Apertura de nuevos servicios.
- Inclusión de productos para la prestación de servicios asistenciales.
- Concepto técnico para dispositivos médicos y medicamentos.
- Solicitudes explicitas de productos y servicios.

Director del laboratorio y del banco de sangre

- Apertura de nuevos servicios del área, inclusión de tecnología para el procesamiento de pruebas.

Objetivos del comité de compras

- Cumplir con las políticas normativas relacionadas con medicamentos, dispositivos médicos, equipos de ayudas diagnósticas vigentes en Colombia y en los organismos internacionales a los cuales el estado colombiano se adhiera.

- Generar las políticas internas para garantizar seguridad, eficiencia y eficacia en la prestación del servicio, a través de adecuada gestión de medicamentos, dispositivos médicos, equipos de ayudas diagnósticas y en general de todos los insumos necesarios para que Somer S.A., cumpla con su objeto social.

Funciones

El comité de compras tiene atribución para realizar todas las compras relacionadas con la operación normal de la empresa y tiene como función principal ejercer actividades de:

- Adquisición de los medicamentos, dispositivos médicos, equipos y en general toda clase de insumos y servicios para el desarrollo normal de la operación, con el fin de garantizar su calidad, oportunidad y la optimización de recursos, satisfaciendo las necesidades de sus usuarios y beneficiarios.
- Se encarga de aplicar la política de compras, verificar las cotizaciones que respaldan la evaluación de las ofertas y analizar las ofertas con los criterios definidos para recomendar la adjudicación del bien o servicio. Se debe tener en cuenta el concepto de los coordinadores de área y/o autores de la solicitud, o quienes por razones de sus funciones tengan conocimientos técnicos que sean útiles para la toma de decisiones relacionadas con el tema.
- Define la programación de necesidades, aplica la política de compras de la organización, determinando la modalidad de la adquisición, la característica de la negociación, la evaluación de las ofertas y la adjudicación de bienes o servicios.
- Es responsable de formular políticas sobre la adquisición de todos los insumos, bienes y servicios que la organización requiere para la ejecución de su objeto social.
- Velar por la correcta ejecución del plan de compras de la organización, de acuerdo con las políticas establecidas en Somer S.A.
- Formular las políticas contratación de medicamentos, dispositivos médicos, equipos de ayudas diagnósticas y en general de todos los insumos y bienes que la organización requiera en la prestación de servicios de salud de acuerdo con su objeto social.
- Aprobar e improbar la inclusión de nuevos proveedores en el kardex de la institución de acuerdo con las políticas de la organización.
- Velar para que no se filtre indebidamente información privilegiada a otros proveedores colocándolos en condiciones ventajosas para la presentación de ofertas a la organización.
- Decidir sobre la exclusión de proveedores del kardex de la organización, cuando por razones éticas o comerciales se rompan las relaciones con éstos.
- Analizar la información y recomendar a la gerencia general los elementos técnicos necesarios para que se adopten las decisiones correspondientes.
- Desarrollar todas aquellas funciones que, por razones de interés institucional, sin perjuicio del cumplimiento de las normas legales, la gerencia general de Somer S.A. le señale al comité de compras.
- Pluralidad en la presentación de propuestas bajo los principios establecidos de calidad.

Políticas de compras

- La asignación de las compras solo se puede hacer a proveedores debidamente evaluados, aceptados e incluidos en el kardex de proveedores.
- El proveedor para ser incluido en el kardex, debe ser calificado como mayorista, salvo excepciones debidamente autorizadas por el comité de compras.
- Las necesidades de la organización son cuantificadas para cada quince más tres (15+3) días, con lo cual se garantiza el completo abastecimiento de medicamentos y dispositivos médicos en la organización.
- La organización podrá cuantificar anualmente las necesidades y ofertarlas a los proveedores inscritos y calificados en el kardex para que estos realicen propuestas relacionadas con calidad, oportunidad en la entrega y precio, buscando una economía de escala, que favorezca los intereses de la organización y normalizando los costos acumulados de compra.
- Los medicamentos y dispositivos médicos deberán contar con una vida útil mayor a un año (1) de vigencia, salvo consideraciones especiales establecidas por la dirección técnica del servicio farmacéutico, de acuerdo a necesidades de urgencia manifiesta.
- Los medicamentos y dispositivos médicos podrán ser devueltos a sus proveedores por razones de calidad, defectos que pongan en riesgo la salud o la utilidad del medicamento o dispositivo médico adquirido (proximidad a vencimiento).
- Al proveedor se le concede un plazo no mayor a 48 horas para que decida sobre la viabilidad o no de suministrar un pedido en forma total o parcial a la organización. Igualmente, una vez liberada una orden de compra, la organización podrá cancelar el pedido antes de ser recibido por dos razones básicas: (i) cuando el paciente para el cual se solicitó el medicamento o dispositivo médico falleció o fue dado de alta de la institución, o (ii) cuando el médico tratante suspenda en forma definitiva el tratamiento o la utilización del dispositivo médico.
- Toda relación comercial establecida con un proveedor deberá tener condiciones relacionadas con políticas institucionales y legales claramente definidas, antes de ser objeto de asignación y/o de órdenes de compra y de recepción de medicamentos, dispositivos médicos, bienes o servicios.

- Todo proveedor deberá garantizar la entrega de los productos asignados en un máximo de 72 horas después de asignada la orden de compra o según la logística establecida por el proveedor en sus condiciones comerciales.
- Los proveedores deberán enviar las notas crédito correspondientes a los medicamentos y dispositivos médicos que se les devuelvan por circunstancias previstas en un plazo no mayor a ocho (8) días, tiempo suficiente para que se realicen la verificación correspondiente.
- El encargado de las compras deberá garantizar la homogeneidad en los laboratorios y fabricantes de los productos que se adquieran en medicamentos, dispositivos médicos y otros, para realizar una adecuada trazabilidad de los procesos administrativos y seguimiento farmacoterapéutico del paciente.
- Todas las órdenes de compra serán auditadas por a la dirección administrativa y financiera de la clínica y por aquellas áreas de control definidas y establecidas por la gerencia general.
- Dar a conocer las políticas de compra de la clínica a los proveedores aceptados con el objetivo de mejorar el aseguramiento de la calidad creando bases sólidas de entendimiento, que garanticen unas excelentes relaciones comerciales.

TIPOS DE COMPRA

Para la realización de las compras de productos específicos de las diferentes áreas, se tendrá como referencia el procedimiento interno de cada una de ellas, los cuales se encuentran disponibles en el gestor documental de la clínica, para la captura y gestión de las necesidades; para los que no se encuentren definidos se establecerán lineamientos para tal fin.

3.6.3. POLÍTICA DE VIAJE

OBJETIVOS:

- Establecer las políticas a seguir para la administración adecuada de los gastos de viaje por parte de la organización.
- Proporcionar a los empleados, las directrices a seguir cuando soliciten, utilicen y legalicen fondos provistos por la Compañía para atender los gastos de viaje.
- Definir las responsabilidades y limitaciones de los funcionarios en el cumplimiento de las políticas y normas.

ALCANCE:

Aplica para todo el personal vinculado a la organización que requiera desplazarse a otros lugares diferentes a su sede de trabajo para ejecutar actividades asignadas por la empresa.

DEFINICIONES:

Gastos de Viaje: son los gastos ocasionados por el viajero en función de su trabajo. Estos desplazamientos producen una serie de gastos, tales como tiquetes aéreos o terrestres, alojamiento, alimentación.

Anticipo de gastos de viaje: es una suma que asigna la empresa y constituye un estimativo de lo que el viajero necesita para el desarrollo de su misión en el viaje.

Viajero: es la persona que se desplaza fuera de su sede habitual a realizar una actividad asignada por la Empresa.

POLÍTICA

I. RESPONSABILIDADES

a) Empleados

- Es responsabilidad del personal que incurra en los gastos de viaje, dar cumplimiento a esta política.
- Mantener el saldo de su cuenta de anticipos para gastos de viaje al corriente. No se realizarán nuevos anticipos al empleado que tenga pendientes por legalizar de otros viajes finalizados, salvo anticipos complementarios como extensión de viajes.
- Los casos particulares serán analizados y resueltos por el respectivo ordenador del gasto.
- El empleado deberá legalizar sus gastos en los próximos 3 días calendario después de su regreso en caso de que no se legalice en el tiempo estipulado, dicho valor será deducido de su próximo pago de nómina o de la liquidación definitiva según sea el caso.
- Soportar sus gastos con comprobantes que reúnan los requisitos tributarios establecidos en la Ley.

b) Aprobadores del gasto

- Es responsabilidad de la dirección administrativa y financiera dar a conocer la política de gastos de viaje, así como sus modificaciones.
- Es responsabilidad de las jefaturas de área cumplir y hacer cumplir a su personal la política de gastos de viaje. Rechazar aquellos conceptos que estén fuera de la política.
- Ningún empleado podrá autorizar sus propios gastos.

- Están facultados para autorizar la solicitud de tiquete, anticipo y posterior aprobación de los gastos de viaje nacionales los siguientes cargos: gerencia, dirección administrativa y financiera, dirección médica y jefes de área.
- Para los viajes internacionales la aprobación deberá hacerla el gerente general de la empresa.

II. GASTOS DE REPRESENTACIÓN

- Las comidas de negocios con cargo a la compañía solo podrán realizarlas la gerencia general, la dirección administrativa y financiera, dirección comercial y la dirección médica, en el caso del resto del personal, se requerirá previa autorización de los aprobadores del gasto. El concepto, la razón del negocio y el objetivo a lograr, así como el nombre de los participantes deberán ser claramente indicados en el reporte de gastos.

III. ANTICIPOS PARA GASTOS DE VIAJE

- Dependiendo los anticipos para gastos de viaje tendrán un límite máximo autorizado del lugar donde se dirija.
- Para la alimentación se tendrá un valor fijo máximo a reconocer, establecido por día. Si el valor del consumo es inferior a este valor fijo se reintegrará la diferencia y si es superior no debe solicitarse excedente por este concepto.
- Se establece un anticipo reembolsable para transporte (taxis, buses, entre otros), los cuales se deben de relacionar uno a uno por trayecto en el formato “relación de transporte”
- En todo caso, para los gastos reembolsables, diferentes de transporte terrestre se debe anexar factura o comprobante del gasto (que cumplan con los requisitos tributarios establecidos en la Ley)
- El reintegro para viajes internacionales, deberá realizarse en la misma moneda en que se dio el anticipo.
- Cuando el costo del hotel incluya desayuno, se descontará este concepto.
- En caso de cancelación del viaje se debe reintegrar el anticipo en las 24 horas siguientes a la cancelación del mismo en caso de que no se reintegre en el tiempo estipulado, dicho valor será deducido de su próximo pago de nómina o de la liquidación definitiva según sea el caso.
- En caso que se requiera hacer reembolso al empleado, se hará de la siguiente manera: a la cuenta del empleado máximo tres días después de haber legalizado los gastos debidamente soportados y autorizados, ya que el empleado asumió el pago de estos gastos.

IV. SOLICITUD DE ANTICIPOS, TIQUETES Y RESERVA DE HOTELES

- El funcionario que requiera el anticipo, diligencia el formato solicitud de anticipo para gastos de viaje el cual debe ser aprobado por el jefe de Área. Dicho formato es entregado al área de tesorería con el fin de ser tramitado.

- Para la compra de tiquetes y reserva de hoteles, debe enviarse solicitud por correo electrónico a la secretaria de gerencia. Con el fin de gestionar las mejores condiciones de precios para la Clínica, las solicitudes deben enviarse con quince días de anticipación, previa aprobación de las direcciones administrativa, comercial o médica.

V. VALORES APROBADOS POR DIA PARA ALIMENTACION Y TRANSPORTE

BOGOTÁ Y OTRAS CIUDADES:
Desayuno: 0.65 del valor día del salario mínimo legal vigente
Almuerzo: 1.4 del valor día del salario mínimo legal vigente
Cena: 1.4 del valor día del salario mínimo legal vigente

Anticipo para transporte: 3.3 del valor día del salario mínimo legal vigente

TOTAL, ANTICIPO: 6.6 del valor día del salario mínimo legal vigente

MEDELLÍN:

MEDELLÍN MEDIO DIA
TOTAL: 2.2 del valor día del salario mínimo legal vigente

MEDELLÍN DÍA COMPLETO
TOTAL: 2.7 del valor día del salario mínimo legal vigente

En el caso del transporte que se relaciona para cualquier destino (Medellín o Bogotá), se debe diligenciar la “relación del transporte”, en caso de ser inferior el valor con relación al anticipo, se deberá reintegrar el excedente y cuando sea superior se reconocerá la diferencia, siempre y cuando éste sea autorizado.

Para viajes internacionales se establecerán los valores de acuerdo al lugar de destino.

Los valores serán revisados anualmente en el mes de enero y serán actualizados acorde con el valor día del salario mínimo legal vigente.

ANTICIPOS Y GASTOS DE VIAJE PARA EL BANCO DE SANGRE:
Los anticipos para gastos de viaje se darán de acuerdo a la programación de las brigadas de donación y al presupuesto establecido dependiendo del lugar de destino en el caso de transporte; para alimentación se reconocerá un valor máximo de 0.65 del valor día del salario mínimo legal vigente por almuerzo. En aquellos lugares donde no se cuente con servicio de

alimentación y se requiera un domicilio, será indispensable para la legalización del anticipo la respectiva factura.

ANTICIPOS Y GASTOS DE VIAJE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA:
Los anticipos para gastos de viaje se darán de acuerdo a la programación de las visitas y al presupuesto establecido dependiendo del lugar de destino. La legalización se detallará en el formato “legalización de anticipos” y soportarse con las respectivas facturas.

3.6.4. POLÍTICA DE CONFLICTO DE INTERESES

En el cumplimiento de la filosofía de buen gobierno corporativo que ha adoptado la clínica y en la ejecución de principios rectores de ética y lealtad, se ha establecido la siguiente política. La Clínica Somer S.A. se compromete a gestionar los conflictos de interés que surjan en el desarrollo de las actividades misionales y de apoyo entre los diferentes grupos de interés de acuerdo a los valores corporativos. Así mismo todos los colaboradores, socios, proveedores y prestadores de servicio se comprometen a comunicar toda situación donde sus intereses personales se vean influenciados en decisiones o aspectos relativos a los procesos y objetivos institucionales.

Operativización de la política:

a. Todos los colaboradores están en la obligación de informar los posibles conflictos de interés. En el momento de su vinculación, deben notificar la existencia o no de conflictos de interés, tendrán que actualizar dicha notificación siempre que existan cambios, situaciones de conflicto de interés o previo al inicio de nuevas asignaciones laborales.
b. Las decisiones sobre un conflicto de interés serán siempre de la organización, nunca del empleado; es la organización la que decide qué hacer ante un conflicto de intereses, no el empleado por más que el conflicto este notificado.
c. Existe conflicto de interés cuando hay intereses directos o indirectos, vínculos de hasta cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad con socios, proveedores o colaboradores (incluye prestadores de servicio).
d. Es responsabilidad del colaborador abstenerse de participar por sí o por interpuesta persona en interés general o de terceros, en actividades que impliquen competencia con la compañía o en actos respecto de los cuales exista conflicto de intereses, salvo autorización expresa de la junta directiva.
e. Ser cuidadoso en el manejo de cualquiera de estos eventos, describiendo la situación de manera completa y detallada, documentando el evento y suministrando a la junta directiva toda la información que sea relevante para la toma de la respectiva decisión.

f. No abusar de su condición para obtener beneficios, para sí o para terceros, relacionados con los productos o servicios que presta la compañía, ni para obtener beneficios personales de proveedores, contratistas o clientes.
g. Abstenerse de realizar negocios de interés personal o familiar dentro de la compañía
h. Evitar autorizar o negar algún negocio con base en sentimientos de amistad o enemistad, al igual que abusar de su condición para obtener beneficios, para sí o para terceros.
i. No participar en actividades o administrar negocios contrarios a los intereses de la compañía o que puedan perjudicar la completa dedicación o el cumplimiento de sus deberes y responsabilidades.
j. Abstenerse de utilizar indebidamente o divulgar a terceros información privilegiada o reservada a la cual usted tiene acceso.

3.6.4.1 POLÍTICA SOBRE CONFLICTO DE INTERESES PARA INVESTIGACIÓN EN SERES HUMANOS

ALCANCE:

Esta política aplica a todos los funcionarios o personas de la clínica, que participen en los procesos de investigación en seres humanos, incluyendo el equipo investigador, patrocinadores (sponsors), organizaciones de investigación por contrato (CRO), centros de investigación, consultores externos, estudiantes, entre otros.

POLÍTICA

La política institucional, no pretende eliminar todas las situaciones de conflicto de intereses que se presenten, sino más bien permitir que las personas reconozcan las situaciones para resolver, evitar o manejar los conflictos. En última se pretende servir a los sujetos que participan en una investigación.

Las situaciones que pueden llevar a conflicto de interés o que se deben tener en consideración son:

- Interés científico o de publicación. Esto no debe primar sobre el principio de beneficencia o protección de los participantes.
- No se debe inducir a los pacientes a participar en estudios para cumplir objetivos personales.
- Evitar presiones indebidas de la industria farmacéutica o demás externos, para poder garantizar que el personal que participa en la investigación está libre de presiones indebidas.

Operativización de la política:

a. Toda investigación realizada en la Clínica Somer, debe contar con la aprobación del CEI quienes revisaran la posibilidad o presencia de un conflicto de interés.

b. Todo el equipo investigador, debe declarar si existe conflicto de interés en proyectos generados. Se deben declarar conflictos directos o indirectos como son los financieros, familiares, intelectuales entre otros. En caso de que un investigador tenga alguna relación laboral, contractual o familiar vigente con alguna compañía o Institución con intereses en la producción de medicamentos, pruebas diagnósticas, desarrollo de equipos o dispositivos biomédicos entre otros, debe manifestarla de forma escrita. Ver formato conflicto de intereses para investigación en seres humanos INV.FORM.11.

c. En caso de presentarse, declararse (o no) el conflicto de interés será la Unidad de Investigación, en cabeza del coordinador quien determine el respectivo manejo que se debe dar a dicho conflicto. La decisión se tomará en consideración con la magnitud del conflicto y su implicación para la investigación. Tanto el conflicto como las acciones tomadas al respecto deberán notificarse al Comité de Ética en Investigación.

d. El comité de ética en investigación y la unidad de investigación, deberán realizar actividades pedagógicas para los investigadores sobre ética en investigación, incluyendo el efecto del conflicto de interés en la investigación clínica. Se incluirán investigadores, médicos practicantes, residentes y otros. Además, los miembros del comité pueden elaborar informes o artículos sobre su postura respecto de los conflictos de intereses para su divulgación y debate. El comité, además, puede publicar normas y sensibilizar a los investigadores sobre su importancia.

e. En el manual operativo del comité de ética en investigación, reposa que incurrirá en acto potencial de sanción el acto de: “No reportar oportunamente cualquier posible conflicto de interés que pueda presentarse respecto de una casa farmacéutica o patrocinador”.

3.6.4.2 POLÍTICA SOBRE CONFLICTO DE INTERESES COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

Los miembros del comité de ética en investigación deben adherirse y conocer política de conflicto de interés descrita en el manual de políticas comité de ética en investigación CE.MAN.1 y el código de ética CAL.PROG.12. Adicionalmente el comité tiene documentado en sus políticas, los tipos de conflictos de interés y cuál es el manejo que se les debe dar. El documento de políticas del comité contempla:

- Si alguno de los candidatos o miembros declara tener conflicto de interés, será analizado dicho conflicto por el comité para determinar cómo se gestiona, se dejará en acta la decisión adoptada con respecto a la participación o no del miembro declarante en el comité

de ética o en el proyecto de investigación a evaluar, también se dejará en dicha acta las medidas que el comité considera pertinentes para gestionar el conflicto.

- Los posibles conflictos que puede tener un miembro o consultor externo del Comité de Ética en Investigación, y que están contempladas en sus políticas son:

a. **En el doble rol médico/investigador/miembro del comité*.***

En los casos donde el investigador principal o secundario del estudio, también actúe como miembro del comité, debe declarar conflicto de interés por escrito. Adicionalmente, debe declarar que en todo momento velará y actuará en beneficio del sujeto participante, informará a su paciente acerca de todas las alternativas de tratamiento para su estado de salud prevaleciendo su rol como médico.

b. **En la relación del miembro del comité con la organización de investigación por contrato (CRO) y/o el patrocinador.**

En los casos dónde el miembro del comité presente conflictos de interés con la organización de investigación por contrato (CRO) y/o el patrocinador relacionado con vinculaciones contractuales o comerciales o parentesco (por consanguinidad, afinidad o relación civil) de alguno de sus miembros con la organización. Los miembros que presenten el conflicto deberán declarar por escrito si reciben alguna compensación que puedan afectar el desarrollo del estudio de investigación, debido al beneficio personal, económico y comercial que pueden recibir por la inclusión del sujeto en el estudio. Igualmente, los miembros que declaren conflicto, no podrán participar en la evaluación de los proyectos de investigación asociados a esta.

c. **En la relación del miembro del comité con el investigador o con la Unidad de Investigación*.***

En los casos donde el miembro del comité presente conflictos de interés con el investigador o con la Unidad de Investigación relacionados con vinculaciones contractuales o comerciales o parentesco (por consanguinidad, afinidad o relación civil) de alguno de sus miembros. Estos deberán declarar por escrito su parentesco con el investigador y/o si reciben alguna compensación por parte del centro de investigación por la venta de servicios, intereses financieros o derechos de propiedad intelectual que puedan afectar el desarrollo del estudio de investigación, debido al beneficio personal, económico y comercial que pueden recibir por la inclusión del sujeto en el estudio. Igualmente, los miembros que declaren conflicto con el investigador o con la unidad de investigación no podrán participar en la evaluación de los proyectos de investigación asociados a este investigador o unidad.

d. **Del miembro del comité con el proyecto.**

Ser actor directo del proyecto de investigación, y/o que existan intereses económicos directos o indirectos por un proyecto a evaluar o de cualquier otra entidad que tenga interés económico en el proyecto de investigación a evaluar. Estos deberán declarar por escrito su conflicto.

Igualmente, los miembros que declaren este conflicto no podrán participar en la evaluación de los proyectos de investigación asociados a este investigador o unidad.

e. **Del miembro del comité con otras entidades con intereses económicos**
Que se tenga un vínculo laboral, contractual, familiar o de asesoría con entidades que tengan intereses económicos en los proyectos de investigación a evaluar o con alguna compañía o Institución con intereses en la producción de medicamentos, pruebas diagnósticas, desarrollo de equipos o dispositivos biomédicos entre otros relacionados con los proyectos a evaluar.

3.6.5. POLÍTICA DE DOCENCIA-SERVICIO

La Clínica Somer S.A. se compromete a apoyar a las instituciones educativas en la búsqueda de la excelencia académica durante la formación de los estudiantes, en equilibrio con la prestación de un servicio de salud humanizado y con calidad para nuestros usuarios, cuyos derechos serán privilegiados en el marco de las prácticas formativas. Acorde a los lineamientos estratégicos antes mencionados, la clínica Somer tiene definido en el mapa de procesos, en su componente misional, el proceso de investigación y docencia servicio, coordinado por la unidad de investigación, pues desde allí se contribuye a la gestión en formación de los diferentes actores que intervienen en el proceso de atención del usuario, se promueve el desarrollo de las competencias del personal y los proyectos investigativos.

Operativización de la política:

a. Para desarrollar estas directrices, desde el punto de vista de su enfoque, la clínica cuenta con un manual de gestión de la relación docencia-servicio, alineado con los objetivos estratégicos de la organización, en congruencia con las necesidades de sus partes interesadas, y tomando como base los requisitos normativos definidos en el acuerdo 003 de 2003, el decreto 2376 de 2010 y los lineamientos técnicos de la comisión intersectorial para el talento humano en salud (CITHS) sobre esta materia.

b. La clínica Somer, una vez establecida la relación docencia servicio con cada una de las instituciones de educación superior, deberá contar con el acompañamiento y supervisión de las practicas a cargo de un tutor o docente que garantice la seguridad y calidad en el proceso de atención del usuario y familia.

c. Desde la política misma está establecido que los convenios de docencia servicio se suscriben con instituciones educativas (IES) debidamente aprobadas por la entidad competente y con registro calificado vigente por cada uno de los programas académicos que harán parte del convenio. Así mismo, se determina que para nuestra organización tendrán preferencia las instituciones con programas educativos acreditados por el consejo nacional de acreditación.

d. La relación docencia servicio debe garantizar que los estudiantes desarrollen sus prácticas formativas en condiciones adecuadas de seguridad, protección y bienestar, conforme a las normas vigentes establecidas en el decreto 2376 de 2010.

e. El seguimiento y verificación de esta política, se realizará mediante el comité docencia servicio el cual deberá verificar los mecanismos de coordinación, seguimiento y evaluación de las actividades que se realizan en los escenarios de práctica. En el desarrollo de este comité que se realiza con una periodicidad trimestral, se revisarán todos los aspectos que contiene el convenio marco docencia servicio suscrito.

f. Para el cumplimiento normativo de la relación docencia en el marco del comité de docencia servicio se garantizará el cumplimiento de los siguientes lineamientos:

- Los convenios de docencia servicios se suscribirán con instituciones educativas debidamente aprobados por el comité de la clínica Somer, el cual se reúne trimestralmente.
- Las instituciones de educación superior deberán tener vigente el registro calificado de cada uno de los programas académicos que harán parte de los convenios de docencia servicio.
- Los convenios de docencia servicio, deberán encontrarse formalizados de acuerdo con el decreto 2376 de 2010.
- Los convenios que formalizan la relación docencia servicio, deberán suscribirse por un término no inferior a 10 (diez) años como lo establece el decreto 2376 de 2010.
- Cada convenio deberá estar apoyado por un comité docencia – servicio. Así mismo cualquier modificación referente a estos deberá ser aprobado por dicho comité.
- Los comités de docencia servicio deberán dejar pactado los tipos de contraprestaciones que las partes acuerdan poner a disposición, teniendo en cuenta su plataforma estratégica y deberán en todo caso ser por lo menos de las siguientes categorías:

a. Capacitaciones.
b. Diplomados.
c. Equipos y dotaciones.
d. Apoyo para la investigación, desarrollo experimental, tecnológico, y para la innovación.
e. Descuentos y/o cupos para el personal de la clínica en temas diversos de formación (cursos, seminarios, congresos y otros).
f. Recurso humano capacitado para las necesidades de docencia servicios.

3.6.6. POLÍTICA PARA DESCUENTOS ECONÓMICOS POR GLOSA

1. OBJETIVO

Establecer el procedimiento para obtener el pago de prestación de servicios, a través de cobro pre-jurídico y jurídico con el fin de disminuir el riesgo de cartera, mantenerla controlada y evitar su prescripción, cuando las acciones del área de cartera dentro de los términos establecidos no hayan logrado la recuperación total de determinada cartera.

2. ALCANCE

Recuperar la cartera a través de cobro pre-jurídico y/o jurídico para obtener el pago.

3. DEFINICIONES

- **Acuerdos de pago:** son las fórmulas o acuerdos entre el deudor y la clínica Somer para fragmentar el pago de lo adeudado.
- **Cartera:** son las cuentas pendientes por cobrar a favor de la clínica Somer.
- **Certificación de pago:** es el soporte cuando se descarga del sistema cada uno de los diferentes pagos realizado por las entidades prestadoras de servicio de salud.
- **Circularización:** proceso periódico mediante el cual se confrontan los saldos de cartera de Somer y sus deudores.
- **Conciliación:** proceso administrativo en el que las partes identifica sus diferencias y pactan sus posibles soluciones.
- **Depuración**: es el proceso administrativo que permite corregir las inconsistencias con el fin de mantener una información financiera real.
- **Factura de venta:** documento que refleja la entrega de un producto o la provisión de un servicio, junto a la fecha de entrega, además de indicar la cantidad a pagar como contraprestación, la cual debe tener inmersa toda la normatividad de la DIAN. En la factura se encuentran los datos de la clínica Somer y del destinatario (entidad en convenio y/o usuario), el detalle de los productos y servicios suministrados, los precios unitarios, los precios totales, los descuentos y los impuestos.
- **Gestión de cobro:** proceso mediante el cual se incluye actividades que permitan el recaudo oportuno de las cuentas por cobrar.
- **Gestión del riesgo del crédito:** proceso de identificación, medición, monitoreo, y control, en el marco del conjunto de objetivos, políticas, procedimientos y acciones establecidas por la clínica Somer.
- **Glosas:** objeciones a las cuentas de cobro presentadas por las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), originadas en las inconsistencias detectadas en la revisión de las facturas y sus respectivos soportes por las entidades con las cuales se han celebrado contratos de prestación de servicios, tales como: Empresas Promotoras de Salud EPS, administradoras del régimen subsidiado, compañías de seguros, direcciones seccionales de salud y otras IPS.
- **Objeción:** facturas que han sido rechazadas por las EAPB alguna causal de devolución.
- **Registro contable:** asiento o anotación contable que debe ser realizada para reconocer una transacción contable o un hecho económico que afecte al ente público, y atiende las

normas generales de causación y prudencia.

4. DOCUMENTACION INTERNA:

- Estado de cartera depurada.
- Cuentas de cobro con sus soportes de facturas del servicio prestado.
- Los contratos suscritos entre la ESE, EAPB, PARTICULARES, y demás prestadores que tengan y/o tuvieron relación comercial con la clínica Somer.
- Certificaciones de pago.
- Actas de conciliación de glosas.
- Recibos de pagos.
- Trámites de glosa.
- Notas créditos.
- Notas débitos.
- Actas de entrega al líder jurídico.

5. RIESGOS:

- Las facturas se encuentren sin recibido y radicación.
- La entidad demandada ya hubiese cancelado las obligaciones y excepciones.
- Prescripción
- IPS este disuelta y/o liquidada.
- Que se perciba que la entidad deudora este en alto riesgo financiero.

6. PUNTOS DE CONTROL:

- Actualizar estado de cartera: actualizar las bases de datos relacionado todos los movimientos efectuados entre el pagador y el prestador.
- Registrar los pagos recibidos: el tesorero debe verificar y conciliar las transferencias o pagos recibidos e informar al responsable de cartera.
- La oficina de cartera coordine con tesorería el ingreso del dinero y su efectiva depuración
- Notificar a jurídica la cancelación y/o abono por parte del prestador.
- Registrar día de envió de cobro pre-jurídico y fecha límite de respuesta por parte del prestador.
- Realizar los cobros pre-jurídicos necesarios.
- Identificar, medir, monitorear, descargar y controlar todos los riesgos del numeral cinco de la presenta política.

7. REALIZACIÓN DEL COBRO:

- Por incumplimiento de los diferentes EAPB en el pago de la cartera, jefe de cartera remitirá mediante acta de entrega (anexo que hace parte integral de la presente política), la

información de la entidad, así como los datos de contactos actualizados y estado de cartera a la fecha.

- A pesar de la remisión a jurídica el auxiliar encargado de la entidad, continuará realizando llamadas, gestionando el cobro, en caso de evidenciar abonos o pago total de la deuda, deberá remitir dicha información al área jurídica.
- Cartera remitirá a jurídica las solicitudes para realizar el cobro pre-jurídico si la entidad no ha realizado el respectivo pago total, en el tiempo aquí establecido:
- Aseguradora del SOAT, FOSYGA y POLIZAS nueve (9) meses después que, radicada la factura sin tener pago, se remitirá a cobro pre jurídico quienes gestionaran el cobro cuatro (4) meses, si al año de radicadas las facturas, no hay pago se iniciara proceso ejecutivo.
- EAPB, IPS, Particulares a los doce (12) meses de no tener pago se remitirá a cobro pre-jurídico, quienes lo gestionan por 6 meses y de ahí iniciara el proceso ejecutivo.
- El área jurídica realizará y enviará la notificación al deudor del cobro pre-jurídico con los anexos respectivos, por medio de carta impresa, llamadas y correo electrónico, realizando el control continuo de la fecha enviada y fecha límite de respuesta.
- En caso de que se acuerde alguna reunión con el deudor para firmar un acuerdo de pago, el área jurídica será acompañada de la jefe de cartera o a quien ella delegue, y según sea el caso estará el acompañamiento de la dirección administrativa y/o gerencia.
- El área de cartera informará al área jurídica el incumplimiento de los acuerdos de pago, cuando han pasado 3 meses sin pago, previos requerimientos de pago.
- El área de cartera verificará mensualmente si la entidad deudora realizó abonos, cancelación total de la deuda o ha dado cumplimiento al acuerdo de pago; y remitirá al área jurídica de manera mensual el estado de cuenta y cualquier información adicional referente a las entidades que están en cobranza jurídica.
- Terminación del proceso: en caso de cancelación de pago, termina el proceso del cobro pre-jurídico. Cartera enviará a jurídica certificados de cartera cancelada y certificación del pago realizado a tesorería (paz y salvo), se procederá al archivo del cobro pre-jurídico y anexos.
- Si después de 4 meses de que la entidad haya ingresado al cobro pre-jurídico, no se tenga la cancelación parcial o un acuerdo de pago, se reunirán la gerencia, dirección administrativa, cartera y jurídica para determinar si se pasa el caso a cobro jurídico.
- En caso de que se concluya iniciar acciones judiciales el comité determinará si la demanda es presentada por el abogado de la clínica o se terceriza.
- De aprobar el inicio de acciones juridiciales, demanda el área de cartera debe anexar el estado de cuenta, y los documentos pertinentes como son facturas, glosas, acuerdos de pago.
- Si el deudor se encuentra en proceso judicial, el área de cartera informará a Jurídica de manera mensual si las facturas relacionadas en la demanda han sido canceladas.

8. OBSERVACIONES A TENER EN CUENTA

- Se tiene flexibilidades para casos especiales, dependiendo de la necesidad y la situación económica de ciertas entidades en especial las EPS.
- Para realizar una demanda contra cualquier entidad, se requiere el visto bueno del Gerente.

9. MARCO LEGAL

- Política de contratación.
- Código civil.
- Código de procedimiento laboral.
- Código sustantivo del trabajo.
- Código general del proceso.
- Código contencioso administrativo.

3.6.7. POLÍTICA DE PAGO DE HONORARIOS POR ASISTENCIA Y PREPARACIÓN DE AUDIENCIAS

La Clínica SOMER S.A. cuenta con varios valores que la definen y entre ellos tiene la pasión, que indica que todos sus colaboradores, tanto asistenciales como administrativos realicen todas y cada una de sus actividades con la mayor vehemencia, ayudando de esta forma a fortalecer no solo la atención prestada a los usuarios, sino a nivel interno colaborar para que la clínica siga creciendo, mitigando los riesgos en los cuales se pueda ver inmersa.

Esta política promoverá en los prestadores de la Clínica SOMER S.A. un incentivo económico con el fin de reconocer el acompañamiento en los procesos de Responsabilidad Civil Médica en los que la Sociedad se encuentra como parte demandada, esto incluye asistencia a reuniones preparatorias, elaboración de conceptos médicos de ser necesario y asistencia a las audiencias.

De esta forma se busca impactar mucho más en el trabajo colaborativo de todos y cada uno de los prestadores de servicios de la Clínica, en aras de lograr el bienestar y crecimiento de la empresa, velando para que la Clínica no se vea afectada por riesgos reputacionales y financieros.

ALCANCE

- Esta política y sus acciones debe impactar positivamente la organización.
- Crear el comité de responsabilidad civil médica.
- Medir, mitigar los riesgos reputacionales y financieros de la clínica.

Operativización de la política:

Acciones que se deben implementar en la clínica, para operativizar y cumplir de manera efectiva con la presente política:

1. ACOMPAÑAMIENTO EN PROCESOS DE RESPONSABILIDAD CIVIL MÉDICA POR PARTE DE MÉDICOS GENERALES PRESTADORES DE SERVICIOS

La Clínica se compromete a:

Realizar el pago de la siguiente suma de dinero por concepto de asistencia a audiencias, la misma incluye la asistencia previa a reunión preparatoria y según necesidad elaboración de concepto médico.

Se pagará la suma de treinta y dos mil doscientos noventa y nueve pesos ($ 32.299), por cada hora en la que el profesional deba estar en audiencia, desde que inicie la misma hasta que termine su interrogatorio, esta suma se pagará a los 90 días de radicada la factura.

2. ACOMPAÑAMIENTO EN PROCESOS DE RESPONSABILIDAD CIVIL MÉDICA POR PARTE DE MÉDICOS ESPECIALISTAS PRESTADORES DE SERVICIOS.

La Clínica se compromete a:

Realizar el pago de la siguiente suma de dinero por concepto de asistencia a audiencias, la misma incluye la asistencia previa a reunión preparatoria y según necesidad elaboración de concepto médico, esta suma se pagará a los 90 días de radicada la factura.

Se pagará la suma de setenta y ocho mil pesos ($ 78.000), por cada hora en la que el profesional deba estar en audiencia, desde que inicie la misma hasta que termine su interrogatorio.

3. ACOMPAÑAMIENTO EN PROCESOS DE RESPONSABILIDAD CIVIL MÉDICA POR PARTE DE MÉDICOS SUBESPECIALISTAS PRESTADORES DE SERVICIOS.

La Clínica se compromete a:

Realizar el pago de la siguiente suma de dinero por concepto de asistencia a audiencias, la misma incluye la asistencia previa a reunión preparatoria y según necesidad elaboración de concepto médico, esta suma se pagará a los 90 días de radicada la factura.

Se pagará la suma de ciento diez mil pesos ($ 110.000), por cada hora en la que el profesional deba estar en audiencia, desde que inicie la misma hasta que termine su interrogatorio.

EXCEPCIONES:

Los valores anteriormente estipulados no se reconocerán al prestador de servicios que se encuentre como parte demandada en el proceso.

3.6.8. POLÍTICA DEVOLUCIÓN DE DINERO

La Clínica Somer es una IPS privada que presta servicios de salud tanto a usuarios particulares como también a usuarios de las diferentes entidades responsables de pago (ERP) del régimen contributivo, subsidiado, prepagado, pública y privada entre otras.

De acuerdo a la normatividad vigente en salud, algunos usuarios para su atención deben asumir los costos de cuotas moderadoras, copagos, franquicias y cuotas de recuperación (acuerdo 260 2004 y Decreto 2357 de 1995).

Por lo anterior, a todo usuario rotulado como cotizante o beneficiario por la empresa responsable de pago, se le hace el cobro de franquicia, cuota de recuperación, copago o cuota moderadora según el caso que establece la normatividad vigente para procedimientos quirúrgicos y/o hospitalarios. El procedimiento se ejecuta solicitando un anticipo proporcional a su rango, A, B o C según el caso para el cubrimiento de estos valores así:

Rango A: se le pide el 100% del valor del copago para este rango.

Rango B: se les pide un porcentaje de acuerdo a su patología que va entre un 50% y 100% del valor que estipula la norma.

Rango C: se les pide un porcentaje de acuerdo a su patología que va entre un 50% y 100% del valor que estipula la norma.

Cuota de recuperación: se le solicita proporcional al usuario no asegurado, con base en su patología (población vinculada no asegurado, entes territoriales).

Franquicia: acorde con lo estipulado por cada una de las ERP (prepagadas y pólizas).

Operativización de la política:

a. Controlar el anticipo solicitado a los usuarios.
b. Garantizar la devolución de los anticipos sobrantes a los usuarios.
c. Brindar una adecuada información de copagos y devoluciones a los usuarios.
d. Gestionar oportunamente y adecuadamente la devolución de los anticipos sobrantes.
e. Elaborar e implementar un proceso estructurado tanto para la solicitud del anticipo como la devolución en caso de sobrante.

Lineamientos de la política:

1. Anticipada: al usuario se le debe pedir siempre un anticipo que permita el cubrimiento total de la cuota moderadora, copago, franquicia o cuota de recuperación, ya que al momento del alta es muy difícil su recaudo.
2. Usuarios particulares: se les pide un anticipo de acuerdo a la atención que solicite el usuario, bien sea para un estudio de apoyo diagnóstico, una atención quirúrgica o una atención hospitalaria, previa cotización.
3. Devoluciones: en caso de que los anticipos solicitados a los usuarios de las ERP sean superiores al valor liquidado al finalizar la atención, la secretaria o la que hagas sus veces informará de inmediato al usuario o su acudiente acerca de la devolución que tiene a favor y procederá a solicitar los soportes que se exigen en el procedimiento de devolución que tiene la clínica para tal fin, así mismo mediante esta política fijaremos los valores a devolver según cada caso así:
4. Copagos: se iniciará proceso de devolución cuando al liquidar la cuenta, quede un monto a favor del usuario superior a 1 salario mínimo diario legal vigente, para tal efecto la secretaria responsable de egreso le informara al usuario o su acudiente que tiene un saldo a favor y le solicitará los requisitos requeridos para cada caso tal cual como está definido en el procedimiento de devolución de dinero de la Institución.
5. Devolución de Copago superior a 1 salario mínimo diario legal vigente: si al egreso la secretaria tiene dudas con la devolución porque a la cuenta le hacen falta algunos cargos, se le informará al usuario o su acudiente el valor a reembolsar después de facturada la cuenta, esta información se le daremos vía telefónica, por medio de mensaje de texto y se dejará registro de la llamada o el mensaje en una plantilla para este fin. Se harán tres mensajes de texto de una manera sistemática cada 15 días para un lapso de 45 días y una llamada telefónica. Si al cabo de los 90 días no se presentan a reclamar la devolución, se tomarán como aprovechamiento.
6. Devolución de Copago inferiores a 1 salario mínimo diario legal vigente: estas devoluciones no tendrán ningún proceso diferente y se esperara 90 días, si el usuario no se presenta a reclamar la devolución se tomarán como aprovechamiento.
7. Cada 6 meses se verificará los montos inferiores a un salario mínimo y se depurará esta cuenta, cruzándola como aprovechamiento.
8. Usuarios particulares: siempre se pide un monto proporcional al procedimiento quirúrgico, estudio y/o hospitalización, si queda hospitalizado y el monto solicitado va superando más del 50% se le pide al usuario o su familia otro anticipo y al finalizar la atención se liquida la cuenta y si queda un saldo superior a 1 salario mínimo diario legal vigente, se procede con la devolución con los requisitos establecidos para los copagos.

4. CONTROL DE CAMBIOS

FECHA	VERSIÓN	CAMBIOS	RESPONSABLE
13-01-2016	V1	Elaboración inicial manual políticas clínica Somer S.A.	Dra. Diana Rendón.
11-12-2017	V2	Se actualiza política de responsabilidad social, políticas del departamento de gestión del talento humano. Se anexa política de gestión del ambiente físico, política del silencio, política de gestión de la tecnología.	Dra. Diana Rendón.
08-03-2018	V3	Se incluye política de gestión de riesgos. Se modifica la edad en adultos mayores a 60 años en la política de priorización.	Dra. Diana Rendón.
09-10-2018	V4	Se actualiza política de priorización, conforme a lo dispuesto en el artículo 13 del decreto ley 019 de 2012 (se incluye veteranos de la fuerza pública).	Dra. Diana Rendón.
22-11-2018	V5	La coordinadora de seguridad y salud en el trabajo, evidencia la importancia de mejorar enfoque frente al manual y se anexa política de seguridad vial, conforme a lo establecido en el código nacional de tránsito terrestre (ley 769 de 2002), política de prevención del consumo de alcohol y sustancias psicoactivas en el lugar de trabajo y la política de Seguridad y Salud en el Trabajo.	Dra. Diana Rendón.
12-02-2019	V6	Dirección Médica, Coordinación de Ensayos Clínicos y Líder Jurídica evidencian la importancia de mejorar enfoque frente al manual: Se adiciona numeral 2.5. Política de Gestión Clínica. Se incluyen, cuatro nuevos numerales, dos en la Política de Confidencialidad y otros dos en la Política de Conflicto de Intereses. Así:	Dra. Diana Rendón.

		3.1.3.1 Política de confidencialidad en investigación, objetivos, alcance y operativización de la política. 3.1.3.2 Política de confidencialidad comité de ética en investigación 3.6.4.1 Política sobre conflicto de intereses para investigación en seres humanos objetivos, alcance y operativización de la política. 3.6.4.2 Política sobre conflicto de intereses comité de ética en investigación. Se actualiza numeral 3.6.5. Política de Cobro Pre-jurídico, se modifica el punto 4 del numeral 7 (componente realización de cobro), se cambió el tiempo para la entrega al área jurídica de las facturas de SOAT, FOSYGA y POLIZAS, de (09) meses a (12) meses.	
11-06-2019	V7	Ingeniera Ambiental y Coordinadora de Seguridad y Salud en el trabajo evidencian la importancia de mejorar enfoque frente al manual, inclusión de las mediciones o controles al personal y el envío de los casos a la EPS.	Dra. Diana Rendón.
19-09-2019	V8	coordinadora de desarrollo organizacional evidencia la importancia de mejorar enfoque frente al manual, se agrega en la operativización de la política de gestión del talento humano el numeral j, que hace referencia a desarrollar el modelo de gestión efr para brindar bienestar, desarrollo humano y motivación, para lograr un equilibrio entre la vida personal, familiar y laboral.	Dra. Diana Rendón.
24-02-2020	V9	La coordinadora de docencia servicio evidencia la importancia de mejorar enfoque	Dra. Diana Rendón.

		frente al manual, se incluye política de gestión de la relación docencia - servicio.	
11-06-2020	V10	La líder de control interno evidencia la importancia de mejorar enfoque frente al manual. Se actualiza política de conflictos de interés.	Dra. Diana Rendón. Marcela Urrea Hernández.
01-08-2020	V11	La líder de compras evidencia la importancia de mejorar enfoque frente al manual. Se incluye la versión 03 de la política de compras. Se actualizan los siguientes enunciados: Listado de documentos. Listados de documentos del proveedor y nombre de cargos de los integrantes del comité.	Dra. Diana Rendón Castrillón.
09-10-2020	V12	Auxiliar de jurídica evidencia la importancia de mejorar enfoque frente al manual. Se actualiza la política de protección de datos.	Dra. Diana Rendón Castrillón.
19-10-2020	V13	Auxiliar de jurídica evidencia la importancia de mejorar enfoque frente al manual. Se incluye la versión 01 de la política edades de atención pediátrica.	Dra. Diana Rendón Castrillón.
27-10-2020	V14	El coordinador de seguridad y salud en el trabajo y la líder del departamento de comunicaciones y mercadeo, evidencian la importancia de mejorar enfoque frente al manual. Se incluye la política de comunicación. Se actualiza política de seguridad y salud en el trabajo – SST.	Dra. Diana Rendón Castrillón.

29-10-2020	V15	Desde el comité asistencial se evidencia la importancia de mejorar enfoque frente a la política de edades de atención pediátrica. Se actualiza la excepción N°4. Se incluye clasificación de edades para las especialidades y las unidades de cuidado crítico.	Dra. Diana Rendón Castrillón.
20-11-2020	V16	Química farmacéutica evidencia la importancia de mejorar enfoque frente al manual. Se incluye la política de uso racional de antimicrobianos.	Dra. Diana Rendón Castrillón.
10-02-2021	V17	El coordinador de seguridad y salud en el trabajo evidencia la importancia de mejorar enfoque frente al manual. Se actualiza la política de seguridad y salud en el trabajo–SST.	Dra. Diana Rendón Castrillón.
08-03-2021	V18	Líder departamento gestión del talento humano evidencia la importancia de mejorar enfoque frente al manual. Se incluye la política de transformación cultural.	Dra. Diana Rendón Castrillón.
06-05-2021	V19	Desde el área de Jurídica se evidencia la importancia de mejorar enfoque frente al manual. Se incluye política de pago de honorarios por asistencia y preparación de audiencias.	Dra. Diana Rendón Castrillón.
11-05-2021	V20	Desde el área de facturación se evidencia la importancia de mejorar enfoque frente al manual. Se incluye política devolución de dinero.	Dra. Diana Rendón Castrillón.
14-05-2021	V21	La líder de ambiente físico evidencia la importancia de mejorar enfoque frente al manual. Se actualiza política de gestión del ambiente físico.	Dra. Diana Rendón Castrillón.

		Se incluyen nuevas estrategias para el cumplimiento de la política.	
27-08-2021	V22	El coordinador de seguridad y salud en el trabajo y la líder del departamento gestión del talento humano evidencian la importancia de mejorar enfoque frente al manual. Se adiciona política para prevenir la violencia en el lugar de trabajo.	Dra. Diana Rendón Castrillón.
14-09-2021	V23	Líder de seguridad del paciente evidencia la importancia de mejorar enfoque frente al manual. Se actualiza operativización de la política de seguridad del paciente.	Dra. Diana Rendón Castrillón.
22-09-2021	V24	La líder de compras y el coordinador de seguridad y salud en el trabajo evidencian la importancia de mejorar enfoque frente al manual. Se incluye la versión 04 de la política de compras. En lo que concerniente al numeral 3.6.2.1, se elimina del listado de documentos, la solicitud de referencias comerciales y se adicionan las fichas técnicas y el certificado de evaluación de los estándares mínimos de seguridad y salud en el trabajo. Igualmente, en el numeral 3.6.2.2, se suprime del listado de documentos, la solicitud de referencias comerciales, se anexan las fichas técnicas y el certificado de evaluación de los estándares mínimos de seguridad y salud en el trabajo. Se incluyen los tipos de violencia I, II y III en la política para prevenir la violencia en el lugar de trabajo.	Dra. Diana Rendón Castrillón. María Zapata Arbeláez. Santiago Alzate Idárraga.
19-10-2021	V25	Líder de seguridad del paciente evidencia la importancia de mejorar enfoque frente al manual.	Dra. Diana Rendón Castrillón.

		Se actualiza la política de seguridad del paciente.	Diana Gómez Duarte.
22-11-2021	V26	Coordinador de gestión documental evidencia la importancia de mejorar enfoque frente al manual. Se actualiza la política de gestión documental y la operativización de la misma.	Dra. Diana Rendón Castrillón. Jaider Ospina Naranjo.
27-11-2021	V27	El director comercial y la coordinadora de compensación laboral evidencian la importancia de mejorar enfoque frente al manual. Se actualiza la política de contratación. Se incluye la política para elaboración de cuadro de turnos.	Dra. Diana Rendón Castrillón. Giovanni Colorado Rincón. Aleyda Román Valencia.
30-12-2021	V28	Analista de seguridad y salud en el trabajo evidencia la importancia de mejorar enfoque frente al manual. Se actualiza la operativización política de seguridad vial. Se adiciona acápite, haciendo énfasis en la abstención de conducir bajo los efectos de sustancias psicoactivas.	Dra. Diana Rendón Castrillón. Tatiana Correa Gutiérrez.
10-06-2022	V29	Se actualiza la política de contratación, articulando la operativización con los roles y funciones de las partes que intervienen en el proceso de contratación.	Doctor Giovanni Colorado Rincón. Doctora Diana Rendón Castrillón.
21-06-2022	V30	Se actualiza la política de gastos de viaje con los valores aprobados por día para alimentación y transporte, tanto de empleados como para los anticipos y gastos de viaje del banco de sangre. Se hace exclusión de anticipos y gastos de viaje para mensajeros. En aprobaciones para el gasto se incluye la dirección comercial. Se actualiza la política de devolución de dinero con la inclusión de los mensajes de	Doctor Andrés Uribe Peláez. Katherine García Echeverri. Doctora Diana Rendón Castrillón.

		texto como mecanismo de información al usuario, además se actualiza el tiempo de espera para las devoluciones el cual pasó de 60 a 90 días.	
14-07-2023	V31	Se actualizan las edades de atención para la población pediátrica. Se actualiza la política IAMII, se ajusta la normatividad que aplica y se amplían algunas de las acciones para la operativización. Se incluye la política de desconexión laboral y se actualiza la política de seguridad y salud en el trabajo. Se elimina la política de cobro jurídico, toda vez que se tomó la decisión en conjunto con la líder del proceso de estructurar un manual con los lineamientos institucionales para la obtención del pago de la prestación de los servicios. Se actualiza la política de responsabilidad social. Se actualiza la política de docencia servicio. Se adiciona la política de formación continua.	Diana Gómez Duarte. Comité IAMII. Natalia Cañizares Arias. Santiago Alzate Idarraga. Marisol Arias Gómez. Diana Rendón Castrillón. Naylen Gicela Molina Buriticá. Maribel Pinto Palacio.
14-11-2023	V32	Se incluye la política de teletrabajo.	Santiago Alzate Idarraga.
05-01-2024	V33	Se actualiza la política para el tratamiento de datos personales y se enuncian los procedimientos para el cumplimiento de la misma. Se incluye la política de administración de riesgos de lavado de activos, la política de administración de riesgos de corrupción, opacidad y fraude y la política para aplicación	Patricia Elena Piedrahita López.

		del programa de transparencia y ética empresarial.	
04-09-2024	V34	Se actualizan las políticas de seguridad y salud en el trabajo y de la prevención del consumo de alcohol y sustancias psicoactivas en el lugar de trabajo, así mismo se modifican las acciones y estrategias para la implementación de las mismas.	Santiago Alzate Idarraga. Jorge Rivillas López.
27-12-2024	V35	Se actualiza la política de seguridad vial.	Santiago Alzate Idarraga. Jorge Rivillas López.
06-02-2025	V36	Se actualiza la política de gestión del ambiente físico.	Mario Gómez Olaya.
10-07-2025	V37	Se suprime política de calidad, esta migro al nuevo documento institucional de políticas, el cual podrá ser consultado en el gestor documental en el área de gerencia, bajo el código GER.POL.1.	Jorge Rivillas López