

**CUESTIONARIO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL
PARA CLÍNICAS Y HOSPITALES**

VICEPRESIDENCIA DE SEGUROS



Por favor diligencie todas y cada una de las siguientes preguntas que se le hacen ya que **este cuestionario constituirá parte de la póliza.**

SECCIÓN I. SOLICITANTE

A. INFORMACIÓN ACERCA DE LA INSTITUCIÓN

1. RAZÓN SOCIAL <u>Empresa Social del Estado Salud del Tolima</u>	NIT <u>826.002.601-2</u>
DOMICILIO <u>Calle 28 No. 15-120</u>	CIUDAD <u>Duitama</u>
DEPARTAMENTO <u>Boyacá</u>	TELÉFONOS <u>7601640-7629612</u>
FAX	E-MAIL <u>gerencia@saludtolima.gov.co</u>

2. SI LA INSTITUCIÓN HA TENIDO OTROS NOMBRES EN EL PASADO, MENCIÓNELOS A CONTINUACIÓN:

N/A

3. NOMBRE COMPLETO DEL PROPIETARIO / TITULAR DE LA INSTITUCIÓN

Catherine Van Arcken Martinez

4. INDIQUE LA CATEGORÍA DE TIPO DE INSTITUCIÓN (POR FAVOR MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDAN)

☒ ENTIDAD DE GOBIERNO	☐ SOCIEDAD ANÓNIMA	☐ SOCIEDAD PROFESIONAL	☐ ENTIDAD CON FINES DE LUCRO
☐ ENTIDAD SIN FINES DE LUCRO	☐ ENTIDAD RELIGIOSA	☐ INDIVIDUAL	☐ OTRA: _____

5. ¿DESDE CUANDO ES PROPIETARIO / TITULAR?

02 de mayo de 2020

6. SI FUE PROPIETARIO / TITULAR DE OTRAS INSTITUCIONES MÉDICAS ANTERIORMENTE, A CONTINUACIÓN INDIQUE DE CUALES:

7. SI EXISTEN OTROS ESTABLECIMIENTOS, OPERACIONES SUBSIDIARIAS O UBICACIONES DISTINTAS A LA PRINCIPAL, COMPLETE LO SIGUIENTE:

NOMBRE	TIPO DE ESTABLECIMIENTO	DOMICILIO Y LOCALIDAD	TELÉFONO

8. CUAL ES SU NIVEL DE ATENCIÓN:

Primer Nivel

LICENCIA DE FUNCIONAMIENTO No.

1523800685

OTORGADA POR:

Ministerio de Salud

FECHA:

04/08/2014

FECHA DE EXPEDICIÓN

11/11/1999

FECHA DE VENCIMIENTO

Indefinido

9. HA CAMBIADO SU NIVEL DE COMPLEJIDAD DE ATENCIÓN EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS, ESPECIFIQUE CUALES Y POR QUÉ:

N/A

10. LE HAN CANCELADO O SUSPENDIDO LA LICENCIA DE FUNCIONAMIENTO, ESPECIFIQUE POR QUÉ:

N/A

B. INFORMACIÓN ACERCA DEL DIRECTOR MÉDICO

1. NOMBRE COMPLETO

Catherine Van Arcken Martinez

2. EXPERIENCIA LABORAL EN LOS ÚLTIMOS 3 AÑOS (POR FAVOR INCLUYA LA OCUPACIÓN ACTUAL)

CARGO DESEMPEÑADO	TIEMPO	NOMBRE DE LA ENTIDAD	CIUDAD	TELÉFONO
<u>Gerente</u>	<u>1 año 18 días</u>	<u>E.S.E. Salud Tundama</u>	<u>Duitama</u>	<u>7601640</u>
<u>Prof. Especializada Salud</u>	<u>8 años</u>	<u>E.S.E. Salud Tundama</u>	<u>Duitama</u>	<u>7601640</u>

C. INFORMACIÓN ACERCA DEL ADMINISTRADOR Y/O RESPONSABLE DE LA INSTITUCIÓN

1. NOMBRE COMPLETO

Catherine Van Arcken Martinez

2. EXPERIENCIA LABORAL EN LOS ÚLTIMOS 3 AÑOS (POR FAVOR INCLUYA LA OCUPACIÓN ACTUAL)

CARGO DESEMPEÑADO	TIEMPO	NOMBRE DE LA ENTIDAD	CIUDAD	TELÉFONO
<u>Gerente</u>	<u>1 año 18 días</u>	<u>E.S.E. Salud Tundama</u>	<u>Duitama</u>	<u>7601640</u>
<u>Prof. Especializado Salud</u>	<u>8 años</u>	<u>E.S.E. Salud Tundama</u>	<u>Duitama</u>	<u>7601640</u>

D. OTRAS FUNCIONES DE LA INSTITUCIÓN

1. ¿CUENTA LA ENTIDAD CON PERSONAS Y/O COMITÉS ENCARGADOS DE REALIZAR LAS SIGUIENTES FUNCIONES?

A. ADMINISTRACIÓN / PREVENCIÓN DE RIESGOS

SI ☒

NO

B. EVALUACIÓN DE CALIDAD DE SERVICIOS A LOS PACIENTES

SI ☒NO ☐

C. EVALUACIÓN DEL TRABAJO REALIZADO POR LOS MIEMBROS DEL CUERPO MÉDICO

SI ☒NO ☐

D. ENCARGADO DEL PROGRAMA DE SEGUROS

SI ☒NO ☐

2. CUENTA LA ENTIDAD CON ASESORAMIENTO ESPECIALIZADO EN LA DEFENSA DE RESPONSABILIDAD CIVIL MÉDICA?

SI ☐NO ☒**SECCIÓN II. COBERTURA SOLICITADA**

1. VIGENCIA DESDE

20/06/2021

VIGENCIA HASTA

20/06/2022

2. SUMA ASEGURADA

\$ 200'000.000

3. ¿HA TENIDO CONTRATADO EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS UN SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL?

SI ☒NO ☐

EN CASO AFIRMATIVO INDICAR:

• COMPAÑÍA(S) DE SEGUROS: La Previsora S.A.• LÍMITE(S) ASEGURADO(S): \$ 200'000.000• VIGENCIA(S): 20/06/2020 - 20/06/2021**SECCIÓN III. TIPO DE INSTITUCIÓN**☒ PÚBLICA☐ PRIVADA☐ OTRA:☐ HOSPITAL GENERAL☐ HOSPITAL CON ENSEÑANZA UNIVERSITARIA☐ HOSPITAL PEDIÁTRICO☐ HOSPITAL DE MATERNIDAD H.☐ HOSPITAL PSIQUIÁTRICO☐ HOSPITAL CARDIOVASCULAR☐ CLÍNICA☐ OTRO E.S.E. PRIMER NIVEL**SECCIÓN IV. INSTALACIONES, EQUIPOS DE SEGURIDAD Y PLANTA FUNCIONAL****A. INFORMACIÓN ACERCA DE LA INSTITUCIÓN**

1. AÑO DE CONSTRUCCIÓN

2011

MATERIAL (adobe, bloque, concreto armado, etc)

Bloque - Concreto - Ladrillo

NÚMERO DE PISOS

2

ÁREA TOTAL EN METROS CUADRADOS

4.115 m²2. ☒ CONSTRUIDO PARA BRINDAR SERVICIOS DE SALUD SEGÚN LAS NORMAS☐ REMODELADO: AÑO DE ÚLTIMA REMODELACIÓN

3. AÑO DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN DEL SISTEMA ELÉCTRICO:

30/12/2018

B. EQUIPOS DE SEGURIDAD

1. INDIQUE CON CUALES DE LOS SIGUIENTES EQUIPOS CUENTA EL EDIFICIO

- ☐ ROCIADORES AUTOMÁTICOS ☒ RESERVA AGUA P/INCENDIO 15.000 Lts
☐ ÁREA TOTAL DE PROTECCIÓN APROX: 4842 M² ☐ ROCIADORES AUTOMÁTICOS EN HABITACIONES DE INTERNACIÓN
☒ ALARMAS AUTOMÁTICAS PARA INCENDIO CONECTADAS:
☒ LOCALMENTE ☐ AL CUERPO DE BOMBEROS ☒ DETECTORES DE HUMO ☒ ELÉCTRICOS
☒ SISTEMA ELÉCTRICO DE EMERGENCIA PARA ÁREAS DE SERVICIOS CRÍTICOS
Especifique: Planta eléctrica de 175 KVA

2. ¿EXISTE UN PROGRAMA PARA INSPECCIÓN, MANTENIMIENTO Y PRUEBA DE LOS EQUIPOS MÉDICOS? SI ☒ NO ☐A. EN CASO AFIRMATIVO, ¿SE REALIZA UN REGISTRO POR ESCRITO DE INSPECCIONES, MANTENIMIENTOS Y PRUEBAS? SI ☒ NO ☐

B. EN CASO AFIRMATIVO, ESTAS FUNCIONES SON LLEVADAS A CABO POR:

☒ PERSONAL DE LA INSTITUCIÓN ☒ FIRMA CONTRATADA ☐ PLANTA FUNCIONAL3. ¿TIENEN TODOS LOS PISOS SALIDAS DE EMERGENCIA? SI ☐ NO ☒4. ¿EXISTE UN PLAN POR ESCRITO PARA EVACUACIÓN DE EMERGENCIA? SI ☒ NO ☐EN CASO AFIRMATIVO, ¿CON QUE FRECUENCIA DE PRACTICA? Cada tres (3) meses5. ¿CUAL ES LA DISTANCIA APROXIMADA AL DEPARTAMENTO DE BOMBEROS MÁS CERCANO? 3 Kilómetros6. ¿CUENTA LA INSTITUCIÓN CON VIGILANCIA DE LOS PREDIOS? SI ☒ NO ☐

A. EN CASO AFIRMATIVO, POR FAVOR INDIQUE EL TIPO

☐ DIURNA ☐ NOCTURNA ☒ 24 HORAS ☐ CON RELOJ ☐ VIDEOFILMACIÓN7. ¿SE PERMITE FUMAR EN LOS PREDIOS DE LA INSTITUCIÓN? SI ☐ NO ☒EN CASO AFIRMATIVO, ¿SE PERMITE QUE LOS PACIENTES INTERNADOS FUMEN EN SUS HABITACIONES SIN SUPERVISIÓN? SI ☐ NO ☐**SECCIÓN V. SERVICIOS PRESTADOS****A. UTILIZACIÓN DE LAS CAMAS DE INTERNACIÓN DEL ÚLTIMO AÑO CALENDARIO**

	NÚMERO DE CAMAS HABILITADAS	PROMEDIO ANUAL DE OCUPACIÓN (*)
1. Cuidado intensivo para adultos	N/A	
2. Cuidado intensivo para infantes / bebés	N/A	
3. Cunas para recién nacidos	N/A	
4. Rehabilitación / terapia	N/A	
5. Abuso de drogas / alcohol	N/A	
6. Psiquiatría	N/A	
7. Pacientes terminales (cuidado paliativo)	N/A	
8. Cuidados geriátricos	N/A	
9. Otras: (especifique)	N/A	

(*) El número promedio de camas ocupadas es el número total de días de internación dividido por 365

B. UTILIZACIÓN DE LAS ÁREAS DE SERVICIO / CONSULTORIOS EXTERNOS DEL ÚLTIMO AÑO CALENDARIO

	NÚMERO DE PACIENTES
Sala de emergencia	N/A
Cirugía con internación	N/A
Cirugía sin internación (ambulatoria)	N/A
Sala de partos	N/A
Rehabilitación / terapia	N/A
Abuso de drogas / alcohol	N/A
Psiquiatría	N/A
Radiología (imágenes, ecografía, rayos-x)	631
Terapia radiante	N/A
Laboratorio (patología)	91.580
Cardiología	N/A
Otras (especifique):	N/A
NÚMERO TOTAL DE PACIENTES	

NOTA

Una visita se determina como el paso del paciente por el umbral de la puerta de la institución sin importar la cantidad de servicios recibidos durante esa misma visita. Por ejemplo: un médico refiere un paciente al hospital para exámenes de laboratorio y para placas de rayos-x. Esto se contará como UNA sola visita.

C. SERVICIOS ESPECIALES

1. ¿SE LLEVAN A CABO INVESTIGACIONES CLÍNICAS? SI ☐ NO ☒

EN CASO AFIRMATIVO, POR FAVOR INCLUYA COPIA DE LOS PROTOCOLOS QUE DETALLAN EL PROPÓSITO DE LA INVESTIGACIÓN

2. ¿TIENE LA INSTITUCIÓN UN BANCO DE SANGRE QUE OBTIENE DEL PÚBLICO SANGRE O SUS DERIVADOS? SI ☐ NO ☒

EN CASO AFIRMATIVO, ¿QUÉ ANÁLISIS SE REALIZAN?

3. ¿TIENE LA INSTITUCIÓN SALA DE GUARDA / EMERGENCIA? SI ☐ NO ☒

SECCIÓN VI. CUERPO MÉDICO

1. ¿SE VERIFICA Y COMPRUEBA LA MATRÍCULA Y DIPLOMA DE LOS MÉDICOS CON ANTELACIÓN A SU EMPLEO O A PARTIR DE SU USO DE LA INSTITUCIÓN Y/O PERSONAL O EQUIPOS?

SI ☒ NO ☐

2. ¿SE REQUIERE A LOS MIEMBROS DE ESTA INSTITUCIÓN QUE TENGAN SEGURO INDIVIDUAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL MÉDICA?

SI ☒ NO ☐

3. INDIQUE LA CANTIDAD DE INDIVIDUOS (MÉDICOS, ESPECIALISTAS, ODONTÓLOGOS Y DEMÁS EMPLEADOS DE LA SALUD):

21 MÉDICOS EMPLEADOS (OPS)

47 OTROS PROFESIONALES EMPLEADOS (43 OPS) (A PLANTA)

____ MÉDICOS NO EMPLEADOS

____ OTROS PROFESIONALES NO EMPLEADOS

SECCIÓN VII. HISTORIAL DE RECLAMOS

1. ¿TIENE CONOCIMIENTO ALGUNO DE RECLAMOS PASADOS Y/O PENDIENTES O DE CIRCUNSTANCIA ALGUNA QUE PUDIESE DAR SURGIMIENTO A UN RECLAMO O DEMANDA EN EL FUTURO?

SI ☐ NO ☒

EN CASO AFIRMATIVO ADJUNTE UN LISTADO O DILIGENCIA EL SIGUIENTE CUADRO RELACIONANDO LOS RECLAMOS O HECHOS DE LOS ÚLTIMOS CINCO AÑOS:

APELLIDO Y NOMBRE DEL RECLAMANTE	FECHA DE OCURRENCIA	ESTADO: A = ABIERTO T = TERMINADO	DEMANDA S = SI N = NO	FECHA TERMINADO	RESERVA O MONTO PAGADO	DESCRIPCION BREVE

Se hace constar que el solicitante de este seguro declara conocer y aceptar íntegramente las Condiciones Generales y Particulares que se aplicarán en la póliza que solicita. Este cuestionario tiene el tenor de una DECLARACIÓN JURADA.

Queda convenido que si concreta un contrato de seguro, este cuestionario formará parte integrante del mismo. El asegurable tiene el deber de avisar inmediatamente a la Compañía de Seguros dentro de las 72 horas de toda modificación en la información aquí declarada.

LUGAR Y FECHA

Dortoma, mayo 24 del 2021

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

[Firma]

NOMBRE

Catherine Van Arden M.

CARGO

Gerente.

ACLARACIÓN

SOLICITUD SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PARA SERVIDORES PÚBLICOS



SUCURSAL

Tunja

FECHA

20 | 05 | 2021

Todas las preguntas deben ser contestadas sin dejar espacios en blanco.

DATOS DEL CLIENTE

1. Datos Generales

Nombre de la entidad: Empresa Social del Estado Salud del Tundama

Nit de la entidad: 826.602.601-2

Naturaleza jurídica de la entidad: Estatal

Fecha de constitución de la entidad:

Objeto misional de la entidad: Prestación de servicios de salud

INFORMACIÓN DE CARGOS

2. Relacione los cargos activos que desea asegurar

Nombre del cargo	No. De cargos
Gerente	
Tesorera	
Asesor Jurídico	

3. Relacione los cargos que a la fecha no están activos que desea asegurar

Nombre del cargo	No. De cargos
Total cargos asegurados:	
	3

Nota: Se recomienda revisar los cargos directivos de los últimos 10 años que hayan desaparecido pero que requieren cobertura. De igual forma si el espacio no es suficiente para la relación de los cargos adjuntar hoja anexa.

4. Durante los últimos 5 años:

4.1 Ha cambiado la denominación de la compañía: SI ☐ NO ☒ En caso afirmativo dar detalles:

4.2 ¿Ha tenido lugar o se tiene contemplado alguna adquisición, fusión, absorción, etc., de otras empresas?

SI ☐ NO ☒ En caso afirmativo dar detalles:

5. ¿Se han adquirido o vendido filiales o subsidiarias? SI ☐ NO ☒ En caso afirmativo dar detalles:

6. Relacione las compañías filiales de la entidad, indicando su porcentaje de participación:

N/A

7. Información relacionada con seguros

Informe si tiene actualmente contratadas alguna de las siguientes pólizas:

Ramo	Aseguradora	Límite asegurado	Vigencia desde	Vigencia hasta
Responsabilidad Civil Servidores Públicos	La Previsora S.A.	\$200'000.000	20/06/2020	20/06/2021
Manejo Global	La Previsora S.A.	\$ 20'000.000	20/06/2020	20/06/2021
Infidelidad y riesgos financieros	La Previsora S.A.	\$ 20'000.000	20/06/2020	20/06/2021

8. Límite asegurado requerido para la nueva vigencia: \$200'000.000

8.1 En caso de ser distinto el límite requerido para la nueva vigencia al actualmente contratado, favor indicar las razones de la modificación:

N/A.

8.2 En caso de requerir retroactividad, indicar fecha exacta:

Día	Mes	Año
28	05	2013

9. Actualmente tiene contratado el periodo extendido para reclamos en pólizas de responsabilidad civil para servidores Públicos:

SI ☐ NO ☐

10. En los últimos 3 años, le han revocado la póliza de responsabilidad civil para servidores públicos:

SI ☐ NO ☒ En caso afirmativo dar detalles:

11. ¿Respecto a las pólizas de responsabilidad civil, durante los últimos 5 años se han formulado reclamos?

SI ☐ NO ☒ En caso afirmativo dar detalles: (De ser necesario dar respuesta en hoja anexa)

12. ¿Tiene alguna de las personas para las que se propone este seguro conocimiento de alguna circunstancia o incidente que pudiera dar lugar a una reclamación o investigación?

SI ☐ NO ☒

En caso afirmativo dar detalles: (De ser necesario dar respuesta en hoja anexa)

13. ¿Durante los últimos 3 años alguna invitación o proceso de selección de contratistas para la contratación de seguros que ha adelantado la entidad, donde se incluya la póliza de responsabilidad civil servidores públicos se ha declarado desierto? SI ☐ NO ☒ En caso afirmativo dar detalles:

14. Informe los hallazgos o advertencias que se hallan realizado por auditorías realizadas a la entidad (incluyendo informes de Contraloría u otros organismos de control) en los últimos 3 años, así como los planes de acción implementados. (De ser necesario entregar información en hoja anexa).

N/A

INFORMACIÓN FINANCIERA

15. ¿Existe alguna responsabilidad o aspecto extraordinario indicado dentro del informe financiero del último año fiscal? SI ☐ NO ☒ En caso afirmativo dar detalles:
(De ser necesario entregar información en hoja anexa).

16. Conforme a la información financiera indique si en alguno de los últimos dos periodos fiscales la entidad ha presentado pérdidas: SI ☐ NO ☒ En caso afirmativo informar las razones:
(De ser necesario entregar información en hoja anexa).

INFORMACIÓN RELEVANTE AL COVID 19

17. Preguntas relacionadas con COVID 19: (De ser necesario dar respuesta a las siguientes, en hoja anexa)

17.1 Informe las medidas preventivas que ha adoptado con los trabajadores: Lavado de manos al ingreso, durante y a la salida de la Institución, uso de tapabocas y uniformes antifluidos, el personal asistencial y de auditorías realizan cambio de uniformes al ingreso y salida de la Institución.

17.2 Si parte o la totalidad de sus empleados trabajan de forma remota, indique las medidas de seguridad adoptadas para prevenir ciberataques o violaciones de datos: N/A.

17.3 ¿Ha realizado un análisis de sus principales clientes, proveedores o cadenas de suministro que podrían verse afectados por las medidas adoptadas por el coronavirus? ¿Cuál es el resultado actual de este análisis / qué impacto anticipa que tendrán estas medidas en su entidad? N/A

17.4 ¿La entidad ha incumplido pagos o contratos como consecuencia de la situación generada por el coronavirus, o prevé que puede incumplirlos a futuro o solicitar ampliaciones de plazo? SI ☐ NO ☒
En caso afirmativo informar las razones:

17.5 ¿La entidad ha dictado medidas que pudieron o pueden afectar a la ciudadanía y por las cuales se pueda colegir reclamos futuros (Ejemplo: ¿medidas de confinamiento que hayan afectado negocios)?

N/A

ACLARACIONES

EL ABAJO FIRMANTE EN CALIDAD DE REPRESENTANTE LEGAL DE LA COMPAÑÍA DECLARA QUE ACORDE CON SU CONOCIMIENTO, LAS DECLARACIONES CONTENIDAS EN ESTA SOLICITUD SON VERDAD.

LA FIRMA DE ESTA SOLICITUD NO OBLIGA A LA FORMALIZACION DEL SEGURO PROPUESTO, PERO SE ACUERDA QUE ESTA SOLICITUD SE ADJUNTARÁ Y CONSTITUIRÁ PARTE DE LA PÓLIZA.

PREVISORA SEGUROS QUEDA AUTORIZADA PARA REALIZAR CUALQUIER INDAGACIÓN Y CONSULTA O SOLICITUD DE INFORMACIÓN QUE CONSIDERE NECESARIA.

CIUDAD

Catherine van Acken

FECHA

24/05/2021

NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL

CARGO

Gerente.

Catherine van Acken M.

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

C.C. 39.789.492

DOCUMENTOS OBLIGATORIOS POR ADJUNTAR

1. Balance e informes financieros de los últimos dos periodos fiscales incluidas las notas.
2. Detalle de reclamaciones y/o investigaciones a la fecha indicando fecha de ocurrencia, fecha de reclamación, clase de proceso, pretensiones (si aplica), pagos, reservas, amparo afectado, estado del proceso y descripción del incidente, de los últimos 5 años

LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS QUE EN ADELANTE SE DENOMINARÁ PREVISORA, HACE CONSTAR QUE EL SOLICITANTE DE ESTE SEGURO DECLARA CONOCER Y ACEPTAR ÍNTEGRAMENTE LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES QUE SE APLICARÁN EN EL SEGURO QUE SOLICITA. ESTE FORMULARIO TIENE EL TENOR DE UNA DECLARACIÓN JURADA.

QUEDA CONVENIDO QUE, SI SE CONCRETA UN CONTRATO DE SEGUROS, ESTE FORMULARIO FORMARÁ PARTE INTEGRANTE DEL MISMO.

EL ASEGURADO TIENE EL DEBER DE AVISAR A LA COMPAÑÍA DE SEGUROS DENTRO DE LAS 72 HORAS DE TODA MODIFICACIÓN EN LA INFORMACIÓN AQUÍ DECLARADA.

FORMULARIO DE SOLICITUD POLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DE CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS

DATOS SOBRE COBERTURA SOLICITADA			
Fecha original de petición de la póliza DD		MM	AA
OPCION DE SUMA ASEGURADA	OPCION 1.	OPCION 2.	OPCION 3.
NOTA; Todas las preguntas deben ser respondidas en su totalidad, sin enmendaduras, ni tallones, y sin dejar espacios en blanco.			
INFORMACION DEL TOMADOR DEL SEGURO			
Nombre de la Institución (entidad): <u>Empresa Social del Estado Salud del Tundama</u>			
Ubicación de la Entidad: <u>Calle 28 No. 15-120</u>		Ciudad: <u>Quitama</u>	
Números de teléfono: <u>7601640 - 7629612</u>		Departamento: <u>Boyacá</u>	
Nivel de Complejidad: <u>Primer nivel</u>			
Nombre del Director Médico <u>Catherine Van Arcken Martinez</u>			
INFORMACION PRACTICA			
No. de camas de internación: <u>0</u>		No. de salas de operaciones: <u>0</u>	
Uso promedio de las camas: <u>N/A</u>		No. de camas Unidad de Cuidados Intensivos <u>0</u>	
No. de camas para recién nacidos: <u>0</u>		No. de camas Unidad de Cuidad. Intensiv. Neonatal: <u>0</u>	
Promedio de Pacientes que atiende anualmente: <u>108.279</u>		Promedio de pacientes mensualmente: <u>9.023</u>	
Alguno de los servicios profesionales que presta la entidad son contratados con Terceros; SI () NO (☒)			
Si la respuesta es si, indicar cuales:			
Indicar si es requisito la presentación de seguro de RC Profesional:			
INFORMACION SOBRE PERSONAL			
Marque con una "X" según corresponda;			
Grupo A Numero de <u>médicos bajo relación laboral</u> , de acuerdo a su especialización.			
Grupo B Numero de <u>médicos autorizados para ejercer su profesión dentro de la institución</u> de acuerdo a su especialización			
Categoría	Descripción Categoría	Número de médicos Grupo A	Número de médicos Grupo B
I	Anestesiólogos, Ginecólogos y Ginecobstetras.	0	0
II	Especialistas en Cirugía, Ortopedia, Urología Oftalmología y Radiología.	0	0
III	Demás Médicos (Indicar especialidad)	0	<u>21 Médicos generales</u>
IV	Odontólogos y Ortodoncistas	0	<u>10 Odontólogos</u>
PRACTICA Y TRATAMIENTOS			
Enfermedades infecto contagiosas?		SI ☒	NO
¿Clínica médica?		SI ☒	NO
¿Geriatría?		SI	NO ☒
¿Psiquiatría?		SI	NO ☒
¿Pediatria?		SI	NO ☒
¿Tratamiento de enfermedades adictivas con internación?		SI	NO ☒
¿Cirugía Mayor?		SI	NO ☒
¿Cirugía Menor?		SI	NO ☒
¿Trasplante de Órganos?		SI	NO ☒
¿Traumatología y Ortopedia?		SI	NO ☒
¿Obstetricia y Ginecología?		SI	NO ☒
¿Cirugía Estética?		SI	NO ☒
¿Existe un banco de sangre?		SI	NO ☒
¿Se suministra conservas de sangre a otras instituciones?		SI	NO ☒
¿Existe una farmacia propia?		SI ☒	NO
En caso afirmativo indicar el número de farmacéuticos titulados:			
¿Existe laboratorio propio de análisis clínicos?		SI ☒	NO
En caso afirmativo indicar el número de químicos/laboratoristas titulados: <u>2</u>			
¿La institución tiene un sistema instalado para el tratamiento de desechos infecciosos?		SI	NO ☒

FM-SUSG-14 V2 10/12/2018

FORMULARIO DE SOLICITUD POLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DE CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS

¿Practica procedimientos diferentes a los antes relacionados?	SI	NO	☒
Si el punto anteriores (SI), brindar mayores detalles:			
Existen uno o varios de los siguientes Equipos:			
➤ Equipo de Radiografía con fines de diagnóstico:	SI (☒)	NO (),	indicar cuantos <u>1</u>
➤ Equipo de Rayos X confines de diagnóstico:	SI (☒)	NO (),	indicar cuantos <u>1</u>
➤ Equipo de tomografía por Ordenador:	SI ()	NO (☒)	indicar cuantos <u>0</u>
➤ Equipos de Radiación por isotopos para terapia:	SI ()	NO (☒)	indicar cuantos <u>0</u>
➤ Equipos de Medicina nuclear incluyendo material:	SI ()	NO (),	indicar cuantos <u> </u>
INFORMACION SOBRE RECLAMACIONES			
En este campo debe responder sinceramente sobre los incidentes, reclamos extrajudiciales, demandas o investigaciones, presentadas, conocidas o notificadas durante los últimos cinco (5) años, y que tengan relación o se deriven de la práctica profesional de la prestación de servicios médicos, hospitalarios o de salud. En caso de ser positiva alguna de las siguientes respuestas, la entidad deberá entregar información detallada en un archivo adicional o diligenciando el Anexo No. 1.			
a. ¿Ha Tenido alguna reclamación extrajudicial, derivada o asociada con la responsabilidad civil profesional en los últimos cinco (5) años? SI () NO (☒)			
b. Tiene conocimiento de algún hecho o circunstancia, que pueda llegar a comprometer la responsabilidad civil profesional de la entidad, por los que pueda llegar a recibir algún reclamo o demanda? SI () NO (☒)			
b. La entidad o alguno de sus profesionales al servicio, ha sido notificada de una demanda o investigación derivada o asociada con la responsabilidad civil profesional en los últimos cinco (5) años? SI () NO (☒)			
c. Alguna agencia gubernamental ha investigado, suspendido, revocado o tomado otra acción contra la institución o sus licencias? SI () NO (☒)			
INFORMACION SOBRE OTROS SEGUROS			
a. Ha tenido en los últimos cinco (5) años, contratado Seguro de Responsabilidad Civil Profesional. SI (☒) NO () En caso afirmativo dar detalles: Compañía: <u>La Previsora</u> Limite Asegurado: <u>\$ 200.000.000 =</u> Vigencia del Seguro: <u>21/06/2020 a 21/06/2021</u> Fecha de retroactividad que trae actualmente: A partir de <u>21/06/2021</u>			
b. Alguna compañía de seguros ha cancelado, declinado o modificado la cobertura? (Ej. Reducción de límites, restricciones a la cobertura etc.) o rechazado la renovación de un seguro de responsabilidad profesional a la institución? SI () NO (☒)			
CONSTANCIA DE ASESORIA			
Certifico que he recibido y entendido la siguiente información de conformidad con la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera:			
1. Los derechos y obligaciones emanados del contrato de seguro y de las condiciones particulares de póliza de seguro.			
2. El alcance de la cobertura, las exclusiones y de las garantías de los productos de seguros ofrecidos.			
3. El alcance de los servicios de intermediación.			
4. Los costos del producto y su comercialización, de acuerdo con lo establecido en el art. 9 de la Ley 1328 de 2009.			
5. La forma de vinculación contractual del intermediario con la entidad aseguradora y su estado de inscripción en el Sistema Unificado de Consulta de Intermediarios de Seguros (SUCIS).			
6. La responsabilidad que como intermediario le corresponde frente al consumidor financiero.			
7. La autorización otorgada por la entidad aseguradora para comercializar el producto de seguros ofrecido.			
8. El procedimiento, plazos y documentación a tener en cuenta para la reclamación de un siniestro.			
9. Los canales por medio de los cuales puede formular una petición, queja o reclamo.			
AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES			
Declaro que ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA me ha informado: 1) Que el Aviso de Privacidad y el Manual de Tratamiento de Datos Personales se encuentran en la página web: https://www.aseguradorasolidaria.com.co ; 2) Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños, adolescentes y aquellas que versen sobre datos sensibles y en consecuencia no he sido obligado a responderlas; 3) Que como titular de la información, me asisten los derechos previstos en las leyes 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, me asiste el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mí.			
Autorizo de manera previa, expresa e informada a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA y/o cualquier sociedad controlada, directamente o indirectamente, que tengan participación accionaria o sean asociados, domiciliadas en Colombia y/o en el exterior, terceros contratados por esta o a quien la represente, en adelante LA ASEGURADORA para:			
a) Recolectar, solicitar, consultar, verificar, almacenar, compartir, enviar, reportar, modificar, transferir, transmitir, actualizar, usar, grabar y conservar mis datos personales, financieros y crediticios, así como aquella información derivada de la relación contractual, siempre y cuando sea para las siguientes finalidades: 1) Desarrollar las actividades propias del Contrato de Seguro; 2) Ofrecer productos y servicios de LA ASEGURADORA, ser llamado para la realización de encuestas de satisfacción, confirmar la participación a eventos, y la realización de campañas promocionales de la ASEGURADORA. SI ☒ NO ☐			
b) Recolectar, solicitar, consultar, verificar, almacenar, compartir, enviar, reportar, modificar, actualizar, usar, grabar y conservar los datos personales de mis hijos menores de edad en mi calidad de su representante legal, siempre y cuando se cumpla con el interés prevalente del menor conforme al artículo 12 del decreto 1377 de 2013. SI ☒ NO ☐			
c) Recolectar, solicitar, consultar, verificar, almacenar, compartir, enviar, reportar, modificar, actualizar, usar, grabar y conservar mis datos personales sensibles incluyendo la Historia Clínica y datos sobre mi estado de salud, aún después de mi fallecimiento, entendiéndose la posibilidad de obtener copia de mi historia clínica, siempre y cuando se cumpla con lo previsto en el artículo 6 de la ley 1581 de 2012. SI ☒ NO ☐			
d) Permitir que mis datos personales sean transferidos a terceros países siempre que se requiera cumplir las finalidades descritas o se encuentre en la ley 1581 de 2012. SI ☒ NO ☐			

INFORMACION SOBRE OTROS SEGUROS

Con la firma del presente documento, se declara y garantiza que las afirmaciones anteriores y demás particulares están completas en todos los aspectos, corresponde a información actualizada a la fecha de diligenciamiento y al verdadero estado de la entidad, y que no se ha omitido, ni mentido sobre ningún hecho material, y se conviene que el presente formulario de propuesta, forma las bases de todo contrato con los aseguradores de la cobertura solicitada.

Cualquier omisión o falsedad aún hecha de buena fe de circunstancias conocidas por el asegurado, dará lugar a la aplicación de las sanciones o consecuencias que señala las normas que rigen lo pertinente al contrato de seguros en Colombia.

En constancia de lo anterior;

Catherine Van Arcken M.

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL
O QUIEN HAGA SUS VECES

[Firma]

FIRMA

04/06/2021

Fecha en que se completa y firma este formulario

FORMULARIO DE SOLICITUD PARA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD PARA SERVIDORES PÚBLICOS

Este cuestionario es para pólizas relacionadas exclusivamente con reclamaciones presentadas contra el Asegurado durante el período de la vigencia de dicha póliza.

Por favor diligencie todas y cada una de las siguientes preguntas, toda vez este cuestionario se constituye como parte de la póliza.

Ciudad y Fecha Duitama, 04 de junio de 2021

1. Nombre de la empresa, objeto social, tiempo durante el cual se encuentra desarrollando su actividad actual. Empresa Social del Estado Salud del Tondama, entidad prestadora de servicios de salud, 22 años
2. Adjuntar relación detallada de los funcionarios asegurados, donde se establezca nombre, cargo, antigüedad en la empresa y funciones.
Catherine Van Arcken M. - Gerente - 13 meses 8 días
Patricia Guatibonza B. - Tejequera - 10 meses
Lorena Patino Suarez - Jundica - 4 meses
3. Indicar las sumas aseguradas requeridas:

Alternativa 1 \$ 200.000.000=

Alternativa 2

Alternativa 3

4. Durante los últimos 5 años:

- a. ¿Ha cambiado la denominación de la compañía?

Si No X

En caso afirmativo favor dar detalles

- b. ¿La estructura de capital social ha sufrido modificaciones?

Si No X

En caso afirmativo favor dar detalles

- c. ¿Ha tenido lugar alguna adquisición, fusión, absorción, etc., de otras empresas?

Si No X

En caso afirmativo favor dar detalles

5.

- a. ¿Considera actualmente la posibilidad de alguna fusión, adquisición, etc., de otras empresas?

Si _____ No X

En caso afirmativo favor dar detalles

- b. ¿Existe en este momento alguna propuesta, de la que tenga conocimiento la empresa, relacionada con su adquisición por parte de otra empresa?

Si _____ No X

En caso afirmativo favor dar detalles

- c. ¿se está estudiando o considerando la cotización en bolsa de las acciones de su empresa?

Si _____ No X

En caso afirmativo favor dar detalles

6. ¿Es la compañía:

- a. ☒ Pública
b. Mixta
c. Privada

En caso de ser mixta, favor informar el porcentaje de acciones así:

En poder del Estado _____

En poder del sector privado _____

7. Capital Social de la Compañía:

- a. Número total de accionistas:
Con derecho a voto
Sin derecho a voto

b. Sociedades que posean más del 15% del capital social de la empresa. Favor indicar su identidad y porcentaje en cada caso y si tienen representación en el Concejo. Suministrar detalles.

c. Compañías filiales de la empresa, porcentaje de participación en aquellas. Para su información, les indicamos que quedan automáticamente incluidas en las pólizas las compañías filiales cuyo porcentaje de participación sea superior al 50%, si si facilitan balances consolidados.

8. ¿Se han adquirido o vendido filiales o subsidiarias durante los últimos 18 meses?

Si _____ No X

En caso afirmativo favor dar detalles

9. ¿Tiene la Entidad actualmente Póliza de Manejo Global? Si X No _____

En caso afirmativo favor dar detalles sobre:

Vigencia 20/06/2021

Límite asegurado: \$ 20'000.000

Compañía de Seguros: Previsora S.A.

10. ¿Tiene la empresa o alguno de sus actuales directivos o altos cargos algún otro seguro amparando el riesgo que se propone? Si _____ No X

En caso afirmativo favor dar detalles

11. ¿Se le ha rechazado o denegado por parte de algún asegurador la cobertura a las personas para las que actualmente se solicita?

Si _____ No X

En caso afirmativo favor dar detalles

12. ¿Ha existido o existe alguna reclamación, respecto de alguna de las personas para las que se propone este seguro o alguna con relación al riesgo solicitado?

Si _____ No X

En caso afirmativo favor dar detalles

13. ¿Tiene alguna de las personas para las que se propone este seguro, incluyendo aquellas personas propuestas en empresas subsidiarias o afiliadas, si es aplicable, conocimiento de alguna circunstancia o incidente que pudiera dar lugar a la reclamación de un tercero?

Si _____ No X

En caso afirmativo favor dar detalles

14. Favor indicar si hay:

- a. alguna calificación, comentario u observación contenida e el informe de los auditores externos sobre la compañía, si es aplicable: **NO**
- b. Alguna responsabilidad aspecto extraordinario indicado dentro del informe financiero. **NO**

En caso afirmativo, favor suministrar copia del informe.

El abajo firmante declara que acorde con su conocimiento, las declaraciones contenidas en esta solicitud son verdaderas. La firma de esta solicitud no obliga la abajo firmante a la formalización del seguro propuesto, pero se acuerda que esta solicitud se adjuntará y constituirá como parte de la póliza. Los aseguradores quedan autorizados para realizar cualquier indagación y consulta que, en conexión con esta solicitud considera necesaria.

Firmado



Cargo

Gerente

Nombre

Catherine Van Arcken Martinez

Fecha

04/06/2021

Documentos que se deben anexar:

- Estados Financieros comparativos de los últimos dos ejercicios

- Informe de revisor Fiscal o entidad que haga sus veces, del último año de ejercicio.
- Organigrama de la empresa
- Relación de funcionarios asegurados

Es importante tener en cuenta que el alto funcionario de la Entidad que diligencie este formulario debe tener amplio conocimiento de la información solicitada para que las preguntas sean respondidas correctamente. En caso de duda sobre el sentido de alguna pregunta, agradecemos contactar a su intermediario de seguros puesto que la divulgación de información incorrecta puede afectar los derechos del Asegurado y/o dar lugar a la anulación del seguro otorgado.