

Duitama, mayo 26 de 2020

Señores:

**EQUIDAD SEGUROS  
SEGUROS DEL ESTADO  
PREVISORA SEGUROS**

**REF: RESPUESTA OBSERVACIONES PROCESO DE CONTRATACIÓN S. Abr. No 010  
– 2020.**

Dentro de la oportunidad del proceso y Teniendo en cuenta las observaciones presentadas al Proyecto de términos de condiciones del Proceso de Contratación No. 010 de 2020 –cuyo objeto es **CONTRATAR EL PROGRAMA DE SEGUROS QUE AMPAREN A LAS PERSONAS, LOS BIENES MUEBLES, INMUEBLES E INTERESES PATRIMONIALES DE LA E.S.E. SALUD DEL TUNDAMA** se procede a dar respuesta a las mismas en los siguientes términos:

**1. OBSERVACIÓN REALIZADA POR EQUIDAD SEGUROS.**

**PRIMERA. REQUISITOS HABILITANTES JURÍDICOS.**

Se solicita por parte de EQUIDAD SEGUROS, eliminar del Proyecto de Términos de Condiciones, lo referente a la Cláusula Penal y a las multas que pueda imponer la entidad contratante, frente a un posible incumplimiento por parte del contratista aseguradora que se adjudique el contrato; fundamentando su petición, con base en las leyes nacionales que configuran el estatuto de contratación público.

Frente a tal petición, E.S.E. SALUD DEL TUNDAMA debe despacharla negativamente, toda vez que las E.S.E, en virtud de la Ley 100 de 1993, artículo 195, posee un régimen de contratación especial y diferente al de todas las entidades estatales. Para las E.S.E, rige un régimen privado frente a derecho contractual, por tanto no se desarrollan los procesos de contratación con base en las leyes nacionales que conforman el estatuto de contratación público, sino que por el contrario, se desarrolla por Estatutos de Contratación internos de cada E.S.E.

Teniendo tal cuestión clara, es entonces E.S.E. SALUD DEL TUNDAMA, ejerciendo su autonomía administrativa y bajo lo establecido en su Estatuto Interno de Contratación, quien decide la pertinencia de la presencia de la Cláusula Penal y la imposición de multas dentro del presente proceso. Por lo tanto, tal y como se ha venido trabajando en años anteriores, la cláusula penal y la imposición de multas, continuarán como un ítem importante dentro de los Términos de Condiciones Definitivos del proceso.

dm

## SEGUNDA. REQUISITOS HABILITANTES FINANCIEROS. INDICES.

Frente a la observación referida, debe manifestarse que se despacha de manera negativa. Los índices exigidos en el Proyecto de Términos de condiciones, rigen a razón de la solidez que debe presentar una empresa aseguradora en pro de cumplir algún tipo de siniestro que pueda presentarse, en el desarrollo del presente proceso contractual.

## TERCERA. ASPECTOS ESPECÍFICO DE LA CONTRATACIÓN. GARANTÍAS DEL CONTRATO.

Se accede a la observación referida. Teniendo en cuenta el artículo 68 del Estatuto Interno de Contratación de la E.S.E SALUD DEL TUNDAMA, se evidencia como, para la celebración de un contrato cuyo objeto es adquirir el programa de seguros para la entidad, no es obligatorio exigir garantías o mecanismos de cobertura de riesgos, en esta clase de contratos.

Por lo tanto, le asiste razón a Equidad Seguros, en su apreciación.

## CUARTA. ASPECTOS ESPECÍFICO DE LA CONTRATACIÓN. INTERMEDIARIO DE SEGUROS.

Se accede a la observación. Le asiste razón a La Equidad Seguros. El asesor se identifica como JUAN DE J. HERNANDEZ ORMAZA.

## QUINTA. PROPUESTA TÉCNICA. DAÑOS MATERIALES.

Frente a la solicitud de incluir deducibles en el equipo eléctrico y/o electrónico, no se acepta la observación toda vez que se desmejora las condiciones que actualmente tiene la póliza frente a estos equipos eléctrico y/o electrónico.

Frente a la observación contra la cobertura de incendios, se acepta.

Frente a la observación contra terremoto, no se acepta la observación toda vez que se desmejora las condiciones que actualmente tiene la póliza frente al amparo que se refiere.

Frente a la publicación detallada de bienes y valores que se pretenden amparar, se informa que dicha relación de bienes se encuentra en el anexo 4 a los términos de condiciones, que se publicarán de acuerdo al cronograma de proceso. Sin embargo, E.S.E. SALUD DEL TUNDAMA, referirá de manera sucinta lo solicitado en la observación.

## BIENES

- Riesgo 1: calle 28 No. 15-120 Sede Principal ESE - Duitama / Valor: \$.6.532.367.858
- Riesgo 2: Vereda Zurba y Bonza, puesto de salud la Trinidad - Duitama / Valor: \$.300.257.659

- Riesgo 3: calle 3 No. 8-100 / Puesto de salud barrio Boyacá - Duitama / Valor: 270.516.240
- Riesgo 4: Calle 19 No 20-118 / puesto de salud los Alpes - Duitama / Valor: \$.73.594.378
- Riesgo 5: Vereda Siratá puesto de salud Siratá - Duitama / Valor: \$.41.828.899
- Riesgo 6: Vereda la florida puesto de salud la florida Duitama / Valor: \$.42.302.126
- Riesgo 7. Vereda el Carmen puesto de salud avendaños - Duitama / Valor: \$.54.670.515
- Riesgo 8. Vereda el Carmen puesto de salud del Carmen - Duitama / Valor: \$.172.007.817
- Riesgo 9. Vereda avendaños puesto de salud avendaños- Duitama / Valor: \$.41.266.690
- Riesgo 10. Vereda avendaños kilómetro 24 puesto de salud Avendaño 1 / Valor: \$.42.718.946

#### SEXTA. PROPUESTA TÉCNICA. EN RC CLÍNICAS.

Se acepta la observación. Junto a la publicación de los Términos de Condiciones Definitivos, se publicarán los formularios diligenciados.

#### SÉPTIMA. PROPUESTA TÉCNICA. EN RC SERVIDORES PÚBLICOS.

Se despacha de manera negativa y parcial la observación. Teniendo presente que E.S.E. SALUD DEL TUNDAMA, ha manejado en los últimos años el mismo parámetro de tiempo de retroactividad en la póliza RC SERVIDORES PÚBLICOS, reducir el término por debajo de los 5 años, significaría un posible perjuicio para la entidad. Por lo tanto, se continuará estableciendo el término de retroactividad para dicha póliza en el término de 5 años. Dicha retroactividad viene establecida en tal forma desde el 28 de mayo de 2013, por tanto es contraproducente para la entidad, entrar a modificarla en estos momentos.

Frente a los deducibles requeridos para servidores públicos, no se acepta la observación.

Frente al formulario solicitado por Equidad Seguros en cuanto a RC SERVIDORES PÚBLICOS, se informa que Junto a la publicación de los Términos de Condiciones Definitivos, se publicarán los formularios diligenciados.

#### OCTAVA. PROPUESTA TÉCNICA. TODO RIESGO AUTOMÓVILES.

Se accede a la observación. En los Términos de Condiciones Definitivos, se determinará como, las cartas de propiedad de los vehículos se publicarán junto con los Anexos Técnicos requeridos para presentar la propuesta de manera efectiva. Se surtirá una adecuada publicidad frente a las cartas de propiedad referidas.

*Qm*

## **2. OBSERVACIONES REALIZADAS POR SEGUROS DEL ESTADO.**

### **PRIMERA. INDICADORES FINANCIEROS.**

Frente a la observación referida, debe manifestarse que se despacha de manera negativa. Los índices exigidos en el Proyecto de Términos de condiciones, rigen a razón de la solidez que debe presentar una empresa aseguradora en pro de cumplir algún tipo de siniestro que pueda presentarse, en el desarrollo del presente proceso contractual.

### **SEGURO. FORMULARIO RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL.**

Se acepta la observación. Se publicará diligenciado el formulario requerido por parte de Seguros del Estado.

### **TERCERA. FORMULARIO RESPONSABILIDAD SERVIDORES PÚBLICOS.**

Se acepta la observación. Se publicará diligenciado el formulario requerido por parte de Seguros del Estado.

### **CUARTA. IMPUESTOS, TASAS Y CONTRIBUCIONES.**

Se accede a la observación. En los Términos de Condiciones Definitivos se establecerán cuáles son los impuestos a cancelar en virtud del presente contrato. De igual manera se señala que los impuestos a manejar son: estampillas Pro cultura por un valor del 2% del valor total del contrato a cancelar en favor del municipio de Duitama.

### **QUINTA. EXPERIENCIA.**

Se despacha la observación de manera positiva. Se aceptara el RUP, junto con las certificaciones emitidas por las respectivas entidades estatales.

### **SEXTA. PRESUPUESTO.**

Se despacha negativamente la observación, toda vez que la proyección del presupuesto a disponer en el presente proceso de contratación, fue estructurada desde el año anterior y comienzos del presente, cuando se estructuró el Plan Anual de Adquisiciones. De igual forma teniendo en cuenta la adquisición de las pólizas en el año anterior, se trazó la disponibilidad presupuestal, teniendo en cuenta ese componente histórico de contratación manejado por la entidad frente a este ítem. Por tanto, el presupuesto proyectado se limitó a la suma referida en el Certificado de Disponibilidad Presupuestal expedido para este proceso de contratación, siendo imposible ampliar dicho valor. De igual manera es imposible reducir la vigencia de las pólizas toda vez que, como ya se expresó, de acuerdo al proceso histórico

de contratación de la entidad frente a este ítem, las pólizas se han adquirido para la vigencia establecida y sobre el presupuesto referido.

#### SÉPTIMA. SINIESTRALIDAD.

Se acepta la observación. Se publicará certificación con la cual se demuestra la siniestralidad en el término requerido frente a la observación.

#### OCTAVO. INTERMEDIARIO.

Se accede a la observación. Le asiste razón a Seguros del Estado. Se publicará en los Términos de Condiciones Definitivos, la identificación del actual asesor de seguros de la E.S.E. SALUD DEL TUNDAMA. El asesor se identifica como JUAN DE J. HERNANDEZ ORMAZA.

#### NOVENA. PRESENTACIÓN DE LA OFERTA.

Se despacha negativamente la observación, toda vez que en el Proyecto de Término de Condiciones se estableció de manera expresa que la propuesta puede ser enviada a la E.S.E. SALUD DEL TUNDAMA a través de correo certificado, en pro de brindar facilidades a los proponentes. Para efectos de corroborar la autenticidad de la documentación y en pro de generar un archivo documental del proceso de contratación que se adelanta, es indispensable la presentación de las propuestas en físico. Por lo tanto, la opción será enviar la propuesta a través de correo certificado como se estableció expresamente en el Proyecto de Términos de Condiciones.

### 3. OBSERVACIONES PRESENTADAS POR PREVISORA SEGUROS.

#### PRIMERA. NUMERAL 1.4.2 INDICADOR DE RELACION PATRIMONIAL.

Evaluamos la liquidez junto con los demás indicadores, evaluamos la solidez de la compañía aseguradora, en la cual la relación patrimonial es igual al presupuesto oficial de los ítems ofertados, sobre el patrimonio.

FORMULA: Relación Patrimonial = Presupuesto Oficial Estimado de los ítems ofertados / Patrimonio

#### SEGUNDA. 2. NUMERAL 1.6.1.2 CLASIFICACION BIENES UNSPSC.

Se despacha favorablemente. Se agregarán los códigos solicitaos por parte de Previsora Seguros.

OKM

TERCERA. NUMERAL 1.6.1.2 REGISTRO UNICO DE PROPONENTES.

La observación se despacha favorablemente y se modificarán los Términos de Condiciones Definitivos.

CUARTA. NUMERAL 1.3.6 CONVOCATORIA LIMITADA A MIPYMES.

Se acepta la observación. Es acertada la apreciación de Previsora Seguros. Se eliminan las Mipymes de los Términos Definitivos de Condiciones.

QUINTA. NUMERAL 1.6.3 ELIMINAR PROPONENTES BAJO LA FIGURA DE PROMESA DE SOCIEDAD FUTURA.

Se acepta la observación. Es acertada la apreciación de Previsora Seguros. Se eliminará tal ítem en los apartes de los Términos de Condiciones Definitivos.

SEXTA. CLAUSULA PENAL PECUNIARIA Y MULTAS.

Se despacha negativamente la observación. Dentro del Estatuto interno de contratación, se estipula en el artículo 76, la figura de la cláusula penal y es discrecionalidad de la entidad entrar a exigirla dentro de los contratos. Al observar los anteriores procesos contractuales con igual o similar objeto, las cláusulas aquí debatidas se han incorporado desde el proyecto de estudios previos hasta la suscripción de los referidos contratos. Por tanto, para esta entidad es pertinente y necesario contar con el clausulado señalado en materia, dando cumplimiento cabal a lo que exige el Estatuto Interno de Contratación de la entidad. Así las cosas, se reitera que no se accederá a la solicitud y se dará uso a la cláusula penal pecuniaria y multas dentro del presente proceso de contratación, al ser esta herramienta, una figura mediante la cual se permite controlar la buena ejecución del objeto del contrato.

SÉPTIMA. NUMERAL 1.18 PRESENTACION DE PROPUESTAS.

Se despacha negativamente la observación de manera parcial, toda vez que en el Proyecto de Término de Condiciones se estableció de manera expresa que la propuesta puede ser enviada a la E.S.E. SALUD DEL TUNDAMA a través de correo certificado, en pro de brindar facilidades a los proponentes. Para efectos de corroborar la autenticidad de la documentación y en pro de generar un archivo documental del proceso de contratación que se adelanta, es indispensable la presentación de las propuestas en físico. Por lo tanto, la opción será enviar la propuesta a través de correo certificado como se estableció expresamente en el Proyecto de Términos de Condiciones.

Frente al uso del SECOP II, de igual manera debe despacharse negativamente, pues las E.S.E, de acuerdo a la circular número 01 de 2019 de la Agencia Nacional de Contratación

Pública – Colombia Compra Eficiente, declaró excepciones para el uso de SECOP II. Dentro de dichas excepciones, se encuentran las Empresas Sociales del Estado, por tanto se usará el SECOP 1, para desarrollar el presente proceso de contratación.

Frente a las demás etapas del proceso que se puedan desarrollar de manera virtual, E.S.E. SALUD DEL TUNDAMA, dispondrá de los mecanismos necesarios para tal fin.

#### OCTAVA. NUMERAL 1.19 CLAUSULAS EXCEPCIONALES.

Se accede a la observación. De acuerdo al estudio histórico dentro de los procesos contratados frente a la adquisición del programa de seguros para la E.S.E. SALUD DEL TUNDAMA, se observa que dichas cláusulas no se han utilizado en los contratos respectivos, a pesar de que el Estatuto Interno de Contratación permite su estipulación, con base en el artículo 9 del texto referido. Por tanto, al ser una potestad facultativa, E.S.E. SALUD DEL TUNDAMA, opta por no incluirlas dentro del presente proceso de contratación

#### NOVNA. NUMERAL 2.7.2.1 CORTE INFO FINANCIERA.

Se accede a la observación. Le asiste razón a Previsora Seguros.

#### DECIMA. CLAUSULA DE INDEMNIDAD.

Al observar los anteriores procesos contractuales con igual o similar objeto, las cláusulas aquí debatidas se han incorporado desde el proyecto de estudios previos hasta la suscripción de los referidos contratos. Por tanto, para esta entidad es pertinente y necesario contar con el clausulado señalado en materia, dando cumplimiento cabal a lo que exige el Estatuto Interno de Contratación de la entidad. Así las cosas, se reitera que no se accederá a la solicitud y se dará uso a la cláusula penal pecuniaria y multas dentro del presente proceso de contratación, al ser esta herramienta, una figura mediante la cual se permite controlar la buena ejecución del objeto del contrato.

#### DECIMO PRIMERA. INTERMEDIARIOS.

Se accede a la observación. Le asiste razón a Previsora Seguros. El asesor se identifica como JUAN DE J. HERNANDEZ ORMAZA.

#### DECIMO SEGUNDA.

Se accede a la observación. Le asiste razón a Previsora Seguros. Los formularios requeridos se publicarán junto a los Términos de condiciones definitivos, en pro de que los proponentes puedan presentar su propuesta en forma completa.

#### DECIMO TERCERA. OBSERVACION AL RAMO DE R.C. EXTRA CONTRACTUAL (PAG.12)

Handwritten signature or mark.


- Frente al ítem uno señalado, se acepta la observación y se adiciona texto al ítem referido por Previsora Seguros.
- Frente al ítem tres señalado, se acepta la observación y se adiciona texto al ítem referido por Previsora Seguros.
- Frente al ítem cinco señalado, se acepta la observación y se adiciona texto al ítem referido por Previsora Seguros.
- Frente al ítem seis señalado, se acepta la observación y se adiciona texto al ítem referido por Previsora Seguros.
- Frente al ítem diecinueve señalado, se acepta la observación y se adiciona texto al ítem referido por Previsora Seguros.

**DECIMO CUARTO. OBSERVACIONES AL RAMO DE AUTOMOVILES.**

- Frente al ítem señalado frente a ambulancias, NO se acepta la observación, pues la compañía actual de seguros que viene manejando las pólizas frente a las ambulancias, maneja cero deducible y se desmejoran los beneficios que trae la póliza de automóviles.
- Frente al ítem once señalado, se acepta la observación y se ajusta el texto frente al ítem tal cual lo requerido.
- Frente al ítem doce señalado, se acepta la observación y se ajusta el texto frente al ítem.
- Frente al ítem doce señalado, se acepta la observación y no se ajusta el texto frente al ítem, porque la cláusula se encuentra redactada tal cual lo solicitado.
- Frente al ítem catorce señalado, se acepta la observación y no se ajusta el texto frente al ítem, porque la cláusula se encuentra redactada tal cual lo solicitado.
- Frente al ítem dieciséis señalado, se acepta la observación y se ajusta el texto frente al ítem.



**CATHERINE VAN ARCKEN MARTÍNEZ**  
**GERENTE**

Proyecto; Danilo Cp.   
Asesor Jurídico y Contratación



LA PREVISORA S.A. COMPAÑIA

DE SEGUROS

SINIESTROS POR ASEGURADO

POR FECHA DE OCURRENCIA

Desde: 01/05/2015 Hasta:

22/05/2020

CONCEPTO	SINIESTRO	AÑO	CIUDAD	CAUSA DEL	RIESGO	AMPARO	PAGO TOTAL	RESERVA
ESTIMACION	TRO		O	SINIESTRO				
INDENIZACIONES AUTOMOVILES	26864	2019	DUITAMA	CHOQUE SIMPL	MT 3500CC 4X4	PERDIDA MENOR	10.390,716.00 \$	
				CHEVROLET 2006		POR DANOS		
				OXK049 - LUV DMAX [1]				
INDENIZACIONES AUTOMOVILES	26864	2019	DUITAMA	CHOQUE SIMPLE	MT 3500CC 4X4	RESPONSABILIDA	1,963,500.00 \$	
				CHEVROLET 2006		D CIVIL EXTRAC		
				CL 28 15 120 NUEVA		DAIOS POR AGUA	- \$	
INDENIZACIONES INCENDIO	20136	2018	DUITAMA	DAIOS POR AGUA	SEDE AV CV	TERREMOTO,		
					CL 28 15 120 SEDE	TEMBLOR Y/O		
INDENIZACIONES INCENDIO	20123	2015	DUITAMA	OTROS	PRINCIPAL	ERUPCION	- \$	
						VOLCANICA		

LICENCIA DE TRANSITO No. <b>2563388</b>			
PROPIETARIO: APELLIDOS Y NOMBRES <b>E.S.E. SALUD DEL TUNDAMA</b>			
TIPO DE DOCUMENTO	C.C.	NIT	CE
No. DE IDENTIFICACION <b>8260026012</b>			
DIRECCION <b>CLL 3-5-50</b>			
CIUDAD <b>QUITAMA</b>		TEL. FONO. <b>7601640</b>	
ULTIMO TRAMITE <b>MATRICULA INICIAL</b>		ORGANISMO DE TRANSITO <b>STT QUITAMA</b>	
LIMITACION A LA PROPIEDAD <b>NO REGISTRA</b>			
FECHA DE EXPEDICION			
DIA <b>20</b>	MES <b>11</b>	AÑO <b>2007</b>	
FIRMA Y SELLO DE AUTORIDAD QUE EXPIDIO <b>Jefe Unidad de Tránsito</b>			

REPUBLICA DE COLOMBIA - MINISTERIO DE TRANSPORTE DIRECCION GENERAL TRANSPORTE Y TRANSITO TERRESTRE AUTOMOTOR				LICENCIA DE TRANSITO No. <b>2563388</b>	
PLACA UNICA <b>OXX059</b>	MARCA <b>HYUNDAI</b>	LINEA Y CILINDRAJE <b>STARE X 401 2507</b>	MODELO <b>0 2008</b>		
CLASE VEHICULO <b>CAMIONETA</b>		COLOR(ES) <b>BLANCO</b>			
SERVICIO <b>OFICIAL</b>	CARROCERIA O TIPO <b>AMBULANCIA</b>		No. PUERTAS <b>4</b>		
NUMERO DE MOTOR <b>D4087430076</b>	R	No. DE SERIE <b>KMJWVH7BP8U810564</b>		R	
NUMERO DE CHASIS <b>KMJWVH7BP8U810564</b>	R	CAR. TON / PAS <b>5 PAS</b>	PESO BRUTO VEHICULAR <b>0</b>		
VOLADIZO ANTERIOR <b>3080</b>	DISTANCIA ENTRE EJES <b>1995</b>	VOLADIZO POSTERIOR <b>1065</b>		No. EJES <b>2</b>	
ANCHO (m.m.) <b>1820</b>	ALTO (m.m.) <b>1065</b>	LARGO (m.m.) <b>5035</b>		AVALUO COMERCIAL <b>5035</b>	
ACTA DEC. DE IMPOR <b>XX</b>	NUMERO <b>01639040535195</b>	CIUDAD <b>BOGOTA</b>	DIA - MES - AÑO <b>21 06 07</b>		
EL PESO BRUTO VEHICULAR PARA VEHICULOS ARTICULADOS SERA EL ESTIPULADO EN EL REGISTRO NACIONAL DE REMOLQUES, SEMIRREMOLQUES Y SIMILARES					

REPUBLICA DE COLOMBIA - MINISTERIO DE TRANSPORTE		LICENCIA DE TRANSITO No.	
DEPARTAMENTO DE TRANSPORTES Y TRANSITO		3469183	
TRANSPORTES AUTOMOTORES		XXXX XX 1991	
PLACA UI	OMK215	MARCA	MAZDA-T-45
CLASE DE VEHICULO		COLOR(ES)	BLANCO LOTUS
SERVICIO	OFICIAL	CARROCERIA TIPO	CERRADO
No. DE PUERTAS		2	
NUMERO	C107939	R	N
NUMERO DE SERIE	T45-00837	R	N
NUMERO	T45-00837	R	N
QUANTIDAD DE PUERTAS	XXXXXXX	VOLADIZO POSTERIOR	XXX
APROXIMACION	XXXXXXX	LARGO(m.)	XXXXXXX
TIPO	K	NUMERO	005789
CUIDAD	BOGOTA	DIA	7
MES	2	AÑO	1991
3469183			

LICENCIA DE TRANSITO No. 08-15693 3469183			
PROPIETARIO APELLIDOS Y NOMBRE			
ESE SALUD DEL TUNDAMA			
IDENTIFICACION	TIPO	C.C.	NIT
No.	826002601-2		
DIRECCION			
CALLE 3 NO. 8-50			
CIUDAD			
DUTTAMA			
ULTIMO TRAMITE			
TRASPASO			
LIMITACION A LA PROPIEDAD			
Sin limitación			
FECHA DE EXPEDICION			
DIA	MES	AÑO	
12	2	2009	
EDUIN SANA JULIDO			
NOMBRE Y FIRMA DEL FUNCIONARIO RESPONSABLE			
SITIO DE LA OFICINA DE TRANSITO			

LICENCIA DE TRANSITO No. <b>06- 15238 017635</b>					
PROPIETARIO APELLIDOS Y NOMBRE: <b>E.S.E. SALUD DEL TUNDAMA</b>					
IDENTIFICACION		TIPO	C.C.	NIT	C.E.
No. <b>3260028012</b>				<b>XX</b>	<b>OTRO</b>
DIRECCION <b>CLL 3 8-50</b>					
CIUDAD <b>QUITAMA</b>				TELEFONO <b>7601640</b>	
ULTIMO TRAMITE <b>MATRICULA INICIAL</b>				ORGANISMO DE TRANSITO <b>STT QUITAMA</b>	
LIMITACION A LA PROPIEDAD <b>NO REGISTRA</b>					
FECHA DE EXPEDICION					
DIA <b>06</b>	MES <b>03</b>	AÑO <b>2008</b>			
NOMBRE Y FIRMA DEL FUNCIONARIO RESPONSABLE SELLO DE LA OFICINA DE TRANSITO <i>Ornelandia Velasco</i> <b>Jefe Unidad de Tránsito</b>					

REPUBLICA DE COLOMBIA - MINISTERIO DE TRANSPORTE DIRECCION GENERAL TRANSPORTE Y TRANSITO TERRESTRE AUTOMOTOR				LICENCIA DE TRANSITO No. <b>017635</b>			
PLACA UNICA <b>0XK049</b>	MARCA <b>CHEVROLET LUV</b>	LINIA <b>D MAX</b>	VEHICULO <b>VE 4X4 3.5</b>	POTENCIA <b>0</b>	MODELO <b>2006</b>		
CLASE DE VEHICULO <b>CAMIONETA</b>		COLOR(ES) <b>BLANCO MAHLER</b>					
SERVICIO <b>OFICIAL</b>		CARROCERIA TIPO <b>DOBLE CABINA</b>		No. DE PUERTAS <b>4</b>			
NUMERO DE MOTOR <b>248871</b>		R	NUMERO DE SERIE <b>8LBETFIGXG0002245</b>		R		
NUMERO DE CHASIS <b>8LBETFIGXG0002245</b>		R	CAP. TON. PASAJES <b>5 PASAJES</b>		PESO BRUTO VEHICULAR <b>0</b>		
DISTANCIA ENTRE EJES <b>0</b>		VOLADIZO POSTERIOR <b>0</b>		No. EJES <b>2</b>			
ANCHO(m.) <b>0</b>		ALTO(m.) <b>0</b>		LARGO(m.) <b>0</b>			
ACTA O MANIFIESTO	DI/CN. IMPRTE.	NUMERO	CIUDAD	DIA	MES	AÑO	
	<b>XX</b>	<b>07888270029818</b>	<b>BOGOTA</b>	<b>23</b>	<b>12</b>	<b>05</b>	
EL PESO BRUTO VEHICULAR PARA VEHICULOS ARTICULADOS SERA EL ESTIPULADO EN EL REGISTRO NACIONAL DE REMOLQUES, SEMIREMOLQUES Y SIMILARES							



REPÚBLICA DE COLOMBIA  
MINISTERIO DE TRANSPORTE



Libertad y Orden

LICENCIA DE TRÁNSITO No.

10008305341

PLACA	MARCA	LÍNEA	MODELO
OCM295	CHEVROLET	NKR	2015
CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO	
2.999	BLANCO GALAXIA	PARTICULAR	
CLASE DE VEHÍCULO	TIPO CARROCERÍA	COMBUSTIBLE	CAPACIDAD Kg/PSJ
CAMION	FURGON	DIESEL	2400
NÚMERO DE MOTOR	REG	VIN	
1K7980	N	9GDNMR85XFB019244	
NÚMERO DE SERIE	REG	NÚMERO DE CHASIS	REG
9GDNMR85XFB019244	N	9GDNMR85XFB019244	N
PROPIETARIO: APELLIDO Y NOMBRES	IDENTIFICACIÓN		
E.S.E. SALUD DEL TUNDAMA	NIT 8260026012		

RESTRICCIÓN MOVILIDAD

BLINDAJE

POTENCIA HP

\*\*\*\*\*

128

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN

32014001152325

VE FECHA IMPORT. PUERTAS

1 29/07/2014 2

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD

\*\*\*\*\*

FECHA MATRÍCULA

FECHA EXP. LIC. TTD.

FECHA VENCIMIENTO

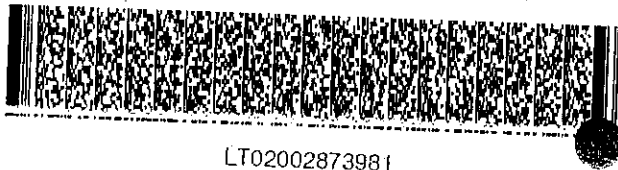
23/10/2014

23/12/2014

\*\*\*\*\*

ORGANISMO DE TRÁNSITO

ITBOY - DIST TTO NO 1/COMBITA



LT02002873981



REPÚBLICA DE COLOMBIA  
MINISTERIO DE TRANSPORTE



LICENCIA DE TRÁNSITO No.

10010452508

PLACA	MARCA	LÍNEA	MODELO
OXXK145	TOYOTA	FORTUNER	2016
COPIADA DE	COLOR	SERVICIO	
2.694	SUPER BLANCO	OFICIAL	
CLASE DE VEHÍCULO	TIPO CARROCERÍA	COMBUSTIBLE	CAPACIDAD Kg/PSJ
CAMPERO	WAGON	GASOLINA	7
NÚMERO DE MOTOR	REG	VIN	
2TR-8006087	N	8AJYX59G1G9101192	
NÚMERO DE SERIE	REG	NÚMERO DE CHASIS	REG
8AJYX59G1G9101192	N	8AJYX59G1G9101192	N
PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)	IDENTIFICACIÓN		
E.S.E. SALUD DEL TUNDAMA	NIT 8260026012		

PROTECCIÓN AMBIENTAL

BLINDAJE  
\*\*\*\*\*  
158

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN

482015000376012

FECHA IMPORT. PUERTAS  
22/09/2015 4

CONTADOR DE PROPIEDAD

FECHA MATRICULA

06/10/2015

FECHA EXP. LIC. TTD

06/10/2015

FECHA VENCIMIENTO

\*\*\*\*\*

ORGANISMO DE TRÁNSITO

STRIA MCPAL TTOYTTE DUITAMA



LT03001336767



# SEGUROS DEL ESTADO S.A.

## 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.**

1. Nombre de la empresa, objeto social, tiempo durante el cual se encuentra desarrollando su actividad actual.
2. Adjuntar relación detallada de los funcionarios asegurados, donde se establezca nombre, cargo, antigüedad en la empresa y funciones.
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 \_\_\_\_\_ No Aplica

En caso afirmativo favor dar detalles

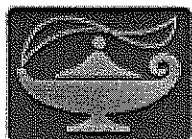
- c) ¿Ha tenido lugar alguna adquisición, fusión, absorción, etc., de otras empresas?

Si \_\_\_\_\_ No X

En caso afirmativo favor dar detalles

- 5.

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



# SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Si ☐ No ☒

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 ☒

En caso afirmativo favor dar detalles

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

Si ☐ No ☒

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

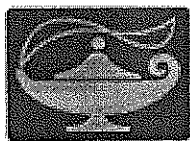
## 7. Capital Social de la Compañía:

- 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.





# SEGUROS DEL ESTADO S.A.

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 20-6-2019 hasta 20-6-2020

Límite asegurado: \$ 200.000.000

Compañía de Seguros: PREVISORA SEGUROS

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

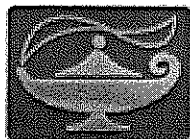
En caso afirmativo favor dar detalles

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



# SEGUROS DEL ESTADO S.A.

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:
- b) Alguna responsabilidad aspecto extraordinario indicado dentro del informe financiero.

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

Fecha

26 - Mayo - 2020

Documentos que se deben anexar:

Estados Financieros comparativos de los últimos dos ejercicios  
Informe y recomendaciones del revisor Fiscal o entidad que haga sus veces, del último año de ejercicio.

Organigrama de la empresa

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

**FORMULARIO DE SOLICITUD PARA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL  
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.**

1. Nombre de la empresa, objeto social, tiempo durante el cual se encuentra desarrollando su actividad actual.
2. Adjuntar relación detallada de los funcionarios asegurados, donde se establezca nombre, cargo, antigüedad en la empresa y funciones.
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 ☒

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 ☒

En caso afirmativo favor dar detalles

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

Si ☐ No ☒

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: NA ☒

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.

NA

- 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.

NA ☒

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

Si ☐ No ☒

En caso afirmativo favor dar detalles

9. ¿Tiene la Entidad actualmente Póliza de Manejo Global?

Si ☒ No ☐

En caso afirmativo favor dar detalles sobre:

Vigencia: 20-6-2019 / 20-6-2020

Límite asegurado: \$ 20.000.000

Compañía de Seguros: PREVISA 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 ☒

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 ☒

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 ☒

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 en 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 al 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 considere necesaria.

Firmado: 

Cargo: GERENTE

Nombre CATHERINE VAN ARCKEN

Fecha 26 Mayo 2020

**CUESTIONARIO DE SOLICITUD DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL  
PARA INSTITUCIONES MÉDICAS**

**1. INTRODUCCION**

El presente cuestionario intenta resumir los aspectos sobresalientes que la aseguradora evaluará, para preparar una cotización. Por ello, es importante que la información sea clara y lo más precisa posible.

Si el cuestionario no destaca aspectos específicos que usted considera relevantes, o si el espacio es insuficiente para una respuesta completa, por favor agregue información adicional.

**2. DATOS DEL SOLICITANTE**

A. Nombre Completo: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SALUD TUNDAMA

Dirección: CALLE 78 # 15-120

Teléfono No. 313 3916220 Fax No. \_\_\_\_\_

Ha tenido otros nombres en el pasado? Si ☐ No ☒ Cuál(es)?  
\_\_\_\_\_

B. Nombre del propietario u organización propietaria de la institución (por favor aclare si el propietario es un individuo, una sociedad, etc).

E.S.E. SALUD DEL TUNDAMA.

Tratándose de sociedades, existe participación extranjera en el capital accionario? (por favor especifique porcentaje y nacionalidad). N.A.

C. Nombre del (os) director (es) médico (s) ANDREA RODRIGUEZ TOBOS

Especialidad(es) GERENCIA INSTITUCIONES SALUD.

Antigüedad en el cargo 1 MES

Experiencia previa en similares actividades (institución, cargo y tiempo de servicio)

D. Nombre del Administrador CATHERINE VAN ARCKEN

Título GERENTE PROPIEDAD Antigüedad en el cargo 1 MES

Experiencia previa en actividades similares (institución, cargo y tiempo de servicio).

8 AÑOS COMO PROFESIONAL ESPECIALIZADO

E. Nombre del(os) representante(s) autorizado(s) para asuntos de seguros:

ASESOR JURÍDICO - DANILO CEPEA

F. Existen otras sede?; en caso afirmativo indique las direcciones SÍ

Barrio Bogacá / Vereda Sivata / Vereda El Carmen

G. Ha cambiado de esquema de habitación en los últimos 5 años? (ej. De geriátrica a clínica); en caso afirmativo favor explicar NO

H. Se trata de un organismo sin ánimo de lucro o que presta servicios gratuitos?

NO

### 3. INFORMACION GENERAL

A. Tipo de Institución (hospital general, pediátrico, psiquiátrico, hospital con docencia e investigación, de rehabilitación, materno infantil, sólo servicios ambulatorios, etc.)

Solo servicios Ambulatorios

B. Organismo que lo supervigila Supersalud / Secretaria Salud

C. Pertenece a alguna asociación/agremiación?; Cuál? NO



D. Nivel de complejidad: I ☒ II ☐ III ☐ IV ☐

**4. INFORMACION FINANCIERA**

- A. Ingresos totales en el último año calendario 8'649.652.057
- B. Estimativo para el próximo año 8'952.389.879
- C. Salarios anuales 714'432.601

**5. COBERTURAS ANTERIORES Y ACTUALES**

- A. Ha tenido seguro anteriormente? Sí ☒ No ☐

Nombre de la aseguradora PREVISORA SEGUROS S.A.

Límite Asegurado \$ 200.000.000 Vigencia 20-6-2019 / 20-6-2020

Deducible \_\_\_\_\_ De ser posible relacione los  
amparos adicionales \_\_\_\_\_

Le fue cancelada o desea cambiar la cobertura actual. Sí ☐ No ☒

Porque? \_\_\_\_\_

- B. Le ha sido rechazada en alguna oportunidad solicitud de cobertura por otro asegurador? (explique las razones del rechazo).

NO

- C. Es requisito que el personal médico tenga contratada una póliza adicional que cubra su responsabilidad civil profesional individual? Sí ☒ No ☐

Que límites (suma asegurada) le son exigidos? \$ 50.000.000

**6. HISTORIA SINIESTRAL**

- A. Existen demandas por responsabilidad civil médica contra la institución?  
Sí ( ) No (X).

No. De reclamaciones: Judiciales N. A. Extrajudiciales \_\_\_\_\_

Los hechos causa de los reclamos se encuentran cubiertos por el seguro actual? (haga un resumen indicando fecha, valores reclamados/pagados, causas, etc).

N. A.

- B. Tiene conocimiento de cualquier evento o acto médico que en el futuro pueda dar origen a algún reclamo o proceso contra la institución o al personal vinculado o adscrito?. En caso afirmativo, por favor haga un resumen sucinto de cada uno.

NO

- C. Por favor adjunte una historia siniestral correspondiente a los últimos cinco años que contenga: fecha de ocurrencia del acto médico, causa del siniestro/reclamo, fecha de presentación de la demanda, monto reclamado/condenado y/o pagado, estado actual (proceso terminado o en trámite, reclamación pagada por transacción o por sentencia).

N. A.

## 7. ACTIVIDAD ASISTENCIAL

### A. HOSPITALIZACION

Número de camas N. A. % de ocupación anual \_\_\_\_\_

Número de camas en la Unidad de Tratamiento Intensivo N. A.

Número de camas en la Unidad de Tratamiento Intensivo de neonatología N. A.

N. A.

	Camas en función	Altas, último año	2do. Año anterior	3er. Año anterior
Medicina Interna				
Cirugía General				
Gineco-obstetricia				
Pediatría U.T.I				
U.T.I.Neonatología				
Cirugía Estética				
Psiquiatría				

#### B. AMBULATORIOS (Paciente no ingresado)

	Último año	2do año anterior	3er año anterior	Proyec.prox.,año
Consulta externa				
Consulta Urgencias				

#### C. PROCEDIMIENTOS

	Último Año	2do año anterior	3er año anterior
# cirugías internados			
# cirugías ambulatorias			
# de nacimientos			

#### D. SERVICIOS AUXILIARES

##### • Laboratorio

Cuenta con servicio de laboratorio propio las 24 horas? Sí ☒ No ( )

Los servicios del laboratorio son abiertos al público? Sí ☒ No ( )

Trabaja también para terceros? Sí ☒ No ( )

##### • Hemoterapia

Posee la institución su propio banco de sangre? Sí ( ) No ☒. Favor detallar su funcionamiento \_\_\_\_\_

Cantidad de unidades promedio N. A. Compra sangre a otras instituciones? Sí ( ) No ☒. En qué cantidad? Existen requerimientos mínimos? Sí ( ) No ☒.

Que análisis se hacen, explicar N. A.

Provee de sangre a otras instituciones? Sí ( ) No ☒. Qué y cuánto?

---

- Radiología

Cuenta con servicio de radiología las 24 horas? Sí ( ) No (X)

Cuenta con tomógrafo computado propio las 24 horas? Sí ( ) No (X). En caso negativo, dispone de facilidades para obtener tomografías urgentes? Sí ( ) No (X). Dónde? \_\_\_\_\_

---

Cuenta con equipo y normas de reanimación cardiopulmonar? Sí ( ) No (X)

- Ambulancia

Posee servicio de ambulancia? Sí (X) No ( ). Propios? Sí (X) No ( )

# de vehículos 1 Contratados Sí ( ) No (X) # de vehículos N.A.

## 8. PERSONAL

### A. MEDICO

Número total de médicos vinculados 17

Número de médicos adscritos \_\_\_\_\_

Número de médicos de guardia \_\_\_\_\_

Número de médicos residentes \_\_\_\_\_

<i>Descripción Categorías por Especialidad</i>	<i>Sí</i>	<i>No</i>	<i>No. De Profes.</i>
<b>CATEGORIA 1ª</b>			
<i>Alergia</i>			
<i>Dermatología</i>			
<i>Medicina familiar</i>			
<i>Psiquiatría</i>			
<i>Salud pública</i>			
<i>Medicina legal</i>			
<b>CATEGORIA 1</b>			
<i>Anatomía patológica</i>			
<i>Cardiología</i>			
<i>Endocrinología</i>			
<i>Geriatría</i>			
<i>Ginecología (clínica)</i>			
<i>Medicina interna</i>			
<i>Hematología</i>			
<i>Infectología</i>			
<i>Oncología</i>			
<i>Neumología</i>			
<i>Nefrología</i>			
<i>Medicina laboral</i>			
<i>Pediatría</i>			
<i>Fisiología</i>			
<i>Radiología</i>			
<i>Radioterapia</i>			
<i>Reumatología</i>			
<b>CATEGORIA 2</b>			
<i>Oftalmología sin cirugía</i>			
<i>Urología</i>			
<i>Urgencias</i>			

Continúa...

NO APLICA

<b>Descripción Categorías por Especialidad</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>No. De Profes.</b>
<b>CATEGORIA 2</b>			
Cardiología (monitoreo intraop.)			
Terapia intensiva			
Radiología			
<b>CATEGORIA 3</b>			
Hemodinamia			
Cirugía General			
Cirugía torácica			
Cirugía cardiovascular			
Cirugía vascular periférica			
Cirugía pediátrica			
Oftalmología con cirugía			
Ortopedia			
<b>CATEGORIA 4</b>			
Anestesiología			
Cirugía Plástica			
Neurocirugía			

**B. NO MEDICO**

	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>No. De Funcionarios</b>
Auxiliares de enfermería	<b>X</b>		<b>12</b>
Licenciados en enfermería			
Instrumentadoras			
Obstetras			
Bloquímicos			
Técnicos de laboratorio			
Técnicos radiólogos			
Técnicos de anestesia			
Técnicos de hemoterapia			
Técnicos de esterilización			
Oros (describe)			

**C. INFRAESTRUCTURA**

Alquilan partes del hospital a médicos independientes? Sí ( ) No (X)

En caso afirmativo detallar \_\_\_\_\_

## 9. ADMINISTRACION DE RIESGO

La administración de riesgo constituye uno de los pilares de la calidad de una institución desde una respectiva aseguradora.

A. Tiene la institución un programa de Administración de Riesgos? Sí (X) No ( )

En caso afirmativo, favor detallar: ADMINISTRACIÓN DE  
PERDIDAS

B. Qué medidas ha adoptado para asegurarse que su documentación (historias clínicas, etc), es apropiada? SE TIENE COMITÉ EVALUACIÓN

HISTORIAS CLÍNICAS / ARCHIVO SISTEMATIZADO

C. Se solicita a los pacientes que otorguen consentimiento para tratamientos médicos o cirugías? Sí ( ) No ( ). En caso afirmativo, favor adjuntar formulario.

Si su estructura de administración de riesgo no se encuentra formalizada, por favor describa cualquier medida que esté utilizando actualmente.

## 10. COBERTURA DESEADA

Límite anual asegurado solicitado \$ 700.000.000 Límite por evento \$ 30.000.000 Vigencia 20-06-2020/20-6-2021 Deducible por evento 10 %.

## 11. DECLARACION

Le recordamos que incluya toda la información complementaria que considere apropiada para evaluar su riesgo. Usted tiene el deber de reportar todos los hechos materiales. Un hecho material es aquel que puede influir en la evaluación del riesgo y en los términos de cobertura. Cualquier cambio de estos hechos o en la información suministrada en el cuestionario deberá ser notificado.

La reticencia en la información podrá perjudicar su derecho a la indemnización ante un eventual siniestro, en los términos del Art. 1058 del C. De C.


Los abajo firmantes declaramos, también en nombre de las personas aseguradas, haber contestado integra y veridicamente a las preguntas que anteceden. Estas preguntas hacen parte del contrato de seguro. En caso de

producirse algún cambio con respecto a los datos contenidos en este cuestionario, nos comprometemos a informarlo inmediatamente al asegurador.

En caso de siniestro, si resultare que la institución, las compañías filiales o las personas por asegurar tenían o deberían haber tenido conocimiento, en el momento de suscribir este contrato de seguro, de hechos o circunstancias que pudieran dar lugar a un siniestro, cualquier reclamación derivada de tales hechos o circunstancias será nula sin efecto.

Fecha 26 Mayo 2020

Nombre CATHERINE VAN ARCKEN MARTÍNEZ

Firma 

Cargo GERENTE

En representación de \* ESE SALUD DEL TUNDAMA.

*\*inserte el nombre de la institución.*

La firma de este formulario no obliga ni al solicitante ni al asegurador en cuanto a la contratación del seguro.





**SEGUROS  
DEL  
ESTADO S.A.**

NIT. 860.009.578-6

**SOLICITUD DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL  
CLÍNICAS Y HOSPITALES  
Y CONOCIMIENTO DEL CLIENTE**

CIRCULAR BÁSICA JURÍDICA  
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	DÍA 26	MES 05	AÑO 2020	CIUDAD Puitama			
TODOS LOS CAMPOS DE ESTE DOCUMENTO DEBEN QUEDAR COMPLETAMENTE DILIGENCIADOS. POR LO ANTERIOR, EN AQUELLOS ESPACIOS EN LOS CUALES NO TENGA INFORMACIÓN PARA RELACIONAR, POR FAVOR ESCRIBA N.A. (NO APLICA).							
CLASE DE VINCULACIÓN	<input checked="" type="checkbox"/> TOMADOR <input type="checkbox"/> ASEGURADO <input type="checkbox"/> AFIANZADO <input type="checkbox"/> APODERADO <input type="checkbox"/> BENEFICIARIO <input type="checkbox"/> INTERMEDIARIO <input type="checkbox"/> PROVEEDOR <input type="checkbox"/> OTRA			¿Cuál?			
INDIQUE LOS VÍNCULOS EXISTENTES ENTRE EL TOMADOR Y EL ASEGURADO, AFIANZADO Y BENEFICIARIO							
TOMADOR - ASEGURADO	<input type="checkbox"/> Familiar <input checked="" type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Laboral <input type="checkbox"/> El mismo <input type="checkbox"/> Otra			¿Cuál?			
TOMADOR - BENEFICIARIO	<input type="checkbox"/> Familiar <input checked="" type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Laboral <input type="checkbox"/> El mismo <input type="checkbox"/> Otra						
ASEGURADO - BENEFICIARIO	<input type="checkbox"/> Familiar <input checked="" type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Laboral <input type="checkbox"/> El mismo <input type="checkbox"/> Otra						
<b>1. INFORMACIÓN GENERAL</b>							
RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SALUD DEL TUNDAMA				NIT 826002601 - 2			
DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL							
PRIMER APELLIDO VAN ARCKEN	SEGUNDO APELLIDO MARTÍNEZ	NOMBRES CATHERINE					
TIPO DE IDENTIFICACIÓN (C.C. Cédula Ciudadana; C.E. Cédula Extranjera; P.A. Pasaporte; T.I. Tarjeta de Identidad; T.E. Tarjeta de Extraneidad; H.C. Registro Civil)				SEXO F			
C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> P.A. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> T.E. <input type="checkbox"/> R.C. <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> No. 39.789.492				ESTADO CIVIL SOLTERO <input type="checkbox"/> SEPARADO <input type="checkbox"/> VIUDO <input type="checkbox"/> CASADO <input checked="" type="checkbox"/> UNIÓN LIBRE <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>			
FECHA DE EXPEDICIÓN DÍA MES AÑO 17 10 89	LUGAR DE EXPEDICIÓN Bogotá D.C.	FECHA NACIMIENTO DÍA MES AÑO 14 6 71	LUGAR DE NACIMIENTO Bogotá D.C.	NACIONALIDAD 1 Colombiana			
POR SU CARGO O ACTIVIDAD: 1. ¿MANEJA RECURSOS PÚBLICOS? SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 2. ¿GOZA DE RECONOCIMIENTO PÚBLICO GENERAL? SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 3. ¿EJERCE ALGÚN GRADO DE PODER PÚBLICO? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>		SI ALGUNA DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES ES AFIRMATIVA, POR FAVOR ESPECIFIQUE: Recando servicios salud Gerente propiedad ESE TUNDAMA					
¿EXISTE ALGÚN VÍNCULO ENTRE USTED Y UNA PERSONA PÚBLICAMENTE EXPUESTA? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál?							
TIPO DE EMPRESA PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/> PRIVADA <input type="checkbox"/> MIXTA <input type="checkbox"/> SIN ANIMO DE LUCRO <input type="checkbox"/> OTRA <input type="checkbox"/> CUAL?							
ACTIVIDAD ECONÓMICA INDUSTRIAL <input type="checkbox"/> COMERCIAL <input checked="" type="checkbox"/> TRANSPORTE <input type="checkbox"/> CONSTRUCCIÓN <input type="checkbox"/> AGRÍCOLA <input type="checkbox"/> CIVIL <input type="checkbox"/> SERVICIOS FINANCIEROS <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> CIIU 8621							
DIRECCIÓN calle 78 # 15-170			DIRECCIÓN				
DEPARTAMENTO Bogotá			DEPARTAMENTO				
CIUDAD Puitama			CIUDAD				
CORREO ELECTRÓNICO		TELÉFONO 313 391 62 20	FAX	CORREO ELECTRÓNICO			
IDENTIFICACIÓN DE LOS ACCIONISTAS O ASOCIADOS QUE TENGAN DIRECTA O INDIRECTAMENTE MÁS DEL 5% DEL CAPITAL SOCIAL, APOORTE O PARTICIPACIÓN (EN CASO DE REQUERIR MÁS ESPACIO DEBE ANEXAR UNA RELACIÓN). IGUALMENTE, IDENTIFICAR EN LAS COLUMNAS 1, 2 Y 3 SI POR SU CARGO O ACTIVIDAD EJERCE ALGUNA DE LAS ACTIVIDADES MENCIONADAS. PARA LA COLUMNA 4 SOLAMENTE DILIGENCIAR SI ESTÁ OBLIGADO A DECLARACIÓN TRIBUTARIA EN OTRO PAÍS O GRUPO DE PAÍSES.							
No.	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO	RAZÓN SOCIAL O NOMBRE COMPLETO	1. Administra Recursos Públicos	2. Ejerce algún Grado de Poder Público	3. Goza de Reconocimiento Público	% PARTICIPACIÓN
1	C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT. <input type="checkbox"/>			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
2	C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT. <input type="checkbox"/>			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
3	C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT. <input type="checkbox"/>			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
4	C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT. <input type="checkbox"/>			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
C.C. Cédula Ciudadana; C.E. Cédula Extranjera; T.I. Tarjeta de Identidad; NIT. Número de Identificación Tributaria							
<b>2. INFORMACIÓN FINANCIERA</b>							
2.1. BALANCE				2.2. INGRESOS Y EGRESOS			
TOTAL ACTIVOS		\$ 12.720.469.432		INGRESOS MENSUALES		\$ 720.804.000	
TOTAL PASIVOS		\$ 493.647.052		EGRESOS MENSUALES		\$ 721.002.000	
TOTAL PATRIMONIO		\$ 12.222.492.380		OTROS INGRESOS MENSUALES		\$ 8.052.000	
CONCEPTO OTROS INGRESOS							
2.3. ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES							
REALIZA OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> EXPORTACIONES <input type="checkbox"/> INVERSIONES <input type="checkbox"/> TRANSFERENCIAS <input type="checkbox"/> PRODUCTOS FINANCIEROS EN EL EXTERIOR <input type="checkbox"/> IMPORTACIONES <input type="checkbox"/> OTRA <input type="checkbox"/> CUAL?							
TIPO DE PRODUCTO	IDENTIFICACIÓN O NÚMERO DE PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO	MONEDA	PAÍS	CIUDAD	

### 3. INFORMACIÓN SOBRE RECLAMACIONES DE SEGUROS

RELACIONE A CONTINUACIÓN LAS RECLAMACIONES PRESENTADAS E INDEMNIZACIONES SOBRE SEGUROS EN LOS DOS (2) ÚLTIMOS AÑOS

AÑO	RAMO	AMPARO AFECTADO	COMPANÍA	VALOR	INDEMNIZACIÓN	
					SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
					SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

### 4. INFORMACIÓN PARA EL SEGURO

#### 4.1 INFORMACIÓN TÉCNICA

RAMO PRODUCTO:		RENOVACIÓN SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		NÚMERO DE POLIZA	
INICIO VIGENCIA 24:00 HORAS		TERMINACIÓN VIGENCIA 24:00 HORAS		TIPO DE NEGOCIO	
20	06	2020	20	06	2021
100% CIA <input type="checkbox"/>		COASEGURO <input type="checkbox"/>		CEDIDO <input type="checkbox"/> ACEPTADO <input type="checkbox"/>	
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL ASEGURADO			NIT O CC.		DIRECCIÓN
ESE SALUD DEL TUNDAMA			826002601-2		TELÉFONO
DIRECCIÓN DEL RIESGO (Si son varios riesgos, relacionarlos en hoja anexa)			DEPARTAMENTO	CIUDAD	TELÉFONO
calle 28 # 15 - 120			Bogotá	Quitama	313 391 62 20
QUIENES SON LOS PROPIETARIOS DE LA INSTITUCIÓN:					
DEPARTAMENTO _____, MUNICIPIO <u>X</u> , ACCIONISTAS PARTICULARES _____, OTROS _____					
NÚMERO DE REGISTRO DE LA SECRETARÍA DE SALUD		AÑO DE FUNDACIÓN		NÚMERO PROMEDIO ANUAL DE PACIENTES EN TRATAMIENTOS:	
Acuerdo Municipal 025		1999		HOSPITALIZADOS: N. A.	
VALOR ASEGURADO SOLICITADO \$ <u>200</u> MILLONES POR EVENTO / AÑO					

#### 4.2. INFORMACIÓN SOBRE SERVICIOS

¿SE PRESTAN LOS SERVICIOS MÉDICOS INHERENTES A LA ACTIVIDAD DE UNA CLÍNICA U HOSPITAL? SI ☐ NO ☒

¿SE PRESTAN EXCLUSIVAMENTE LOS SERVICIOS DE TRATAMIENTO PRE Y POST - HOSPITALARIOS? SI ☒ NO ☐

¿SE TRATA DE UN ESTABLECIMIENTO PSIQUIÁTRICO O DE REPOSO? SI ☐ NO ☒

¿SE TRATA DE UNA CLÍNICA GERIÁTRICA? SI ☐ NO ☒

OTROS SERVICIOS PRESTADOS: AMBULATORIOS

#### 4.3. INFORMACIÓN SOBRE EL PERSONAL Y EL EQUIPO

4.3.1. Número de médicos bajo relación laboral. (Grupo A) y de médicos con autorización para su profesión en los predios de la institución (Grupo B) según especialización de acuerdo al siguiente esquema.

DESCRIPCIÓN	MÉDICOS GRUPO A	MÉDICOS GRUPO B
- ANESTESIOLOGOS		
- GINECOLOGOS		
- GINECOOBETRAS		
- ESPECIALISTAS EN CIRUGIA		
- CIRUGIA ESTÉTICA RECONSTRUCTIVA		
- PEDIATRAS		
- ORTOPEDIA, UROLOGÍA, OFTALMOLOGÍA		
- RADIOLOGÍA		
- ENFERMERAS		
- LABORATORISTA		
- ODONTÓLOGOS		
- ORTODONCISTAS		
- OTROS MÉDICOS (INDICAR ESPECIALIDAD)	<u>17 Médicos Generales</u>	

NÚMERO DE PERSONAL DE PLANTA, ADMINISTRATIVOS ETC, (SIN LOS MÉDICOS MENCIONADOS EN EL NUMERAL 4.3.1)

NÚMERO DE CAMAS DISPONIBLES PARA PACIENTES N. A.

#### ¿EXISTE UNO O VARIOS DE LOS SIGUIENTES EQUIPOS?

EQUIPOS DE RADIOLOGÍA CON FINES DE DIAGNÓSTICO	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> CUANTOS <u>1</u>
EQUIPOS DE RAYOS X PARA TERAPEUTICA	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> CUANTOS _____
EQUIPOS DE TOMOGRAFÍA POR COMPUTADOR (SCANNER)	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> CUANTOS _____
EQUIPO DE RADIACIÓN POR ISÓTOPOS PARA TERAPEUTICA	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> CUANTOS _____
EQUIPOS DE GENERACIÓN DE RAYOS LÁSER	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> CUANTOS _____
EQUIPOS DE MEDICINA NUCLEAR, INCLUYENDO LAS MATERIAS	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> CUANTOS _____
PRIMAS REACTIVAS NECESARIAS	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> CUANTOS _____

4.4. INFORMACIÓN SOBRE OTROS RIESGOS				
¿EXISTE UN BANCO DE SANGRE? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>		¿SE SUMINISTRA CONSERVAS DE SANGRE A OTRAS INSTITUCIONES? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> EN CASO AFIRMATIVO EN QUE PORCENTAJE _____ %		
¿EXISTE FARMACIA PROPIA? SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> EN CASO AFIRMATIVO CUÁNTOS FARMACÉUTICOS TITULADOS <u>4</u>				
¿EXISTE UN LABORATORIO PROPIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS? SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> EN CASO AFIRMATIVO CUÁNTOS QUÍMICOS LABORATORISTAS TITULADOS <u>1</u>				
¿EXISTE UN SERVICIO DE URGENCIAS CON AMBULANCIAS PROPIAS? SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> EN CASO AFIRMATIVO CUANTAS AMBULANCIAS <u>1</u>				
4.5. INFORMACIÓN CON RESPECTO AL SEGURO				
¿HA TENIDO ALGUNA RECLAMACIÓN JUDICIAL (CONCILIACIÓN O PROCESO) DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DURANTE LOS ÚLTIMOS 10 (DIEZ) AÑOS? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> EN CASO AFIRMATIVO RELACIONE:				
FECHA	HECHO	TIPO DE SEGURO (PÓLIZA)	AMPARO AFECTADO	VALOR INDEMNIZADO
SI HAY MÁS EVENTOS RELACIONARLOS EN HOJA ANEXA				
¿TIENE CONOCIMIENTO DE ALGUNA CIRCUNSTANCIA EN LOS ÚLTIMOS 10 (DIEZ) AÑOS QUE PUDIESE COMPROMETER SU RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> EN CASO AFIRMATIVO DESCRIBIRLAS _____				
¿HA TENIDO ALGUNA (S) RECLAMACIÓN (ES) DE RESPONSABILIDAD CIVIL DURANTE LOS ÚLTIMOS 10 (DIEZ) AÑOS, EN LAS QUE HAYAN RECONOCIDO A LA VÍCTIMA ALGÚN DINERO, SIN PROCESO JUDICIAL O CONCILIACIÓN? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> EN CASO AFIRMATIVO DAR DETALLES _____				
¿HA TENIDO CONTRATADO EN LOS ÚLTIMOS 10 (DIEZ) AÑOS UN SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> EN CASO AFIRMATIVO INDICAR:				
COMPañÍA DE SEGUROS	VIGENCIA	LÍMITES ASEGURADOS		
¿LE HA SIDO REHUSADA O CANCELADA LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR ALGUNA COMPañÍA DE SEGUROS? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> EN CASO AFIRMATIVO DAR DETALLES _____				
OBSERVACIONES				

## 5. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE BIENES Y/O FONDOS

DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO EN ESTE FORMATO ES VERAZ Y VERIFICABLE Y QUE TODOS LOS RECURSOS Y BIENES QUE POSEO, LOS HE ADQUIRIDO DE MANERA LICITA Y PROVIENEN DE LA FUENTE QUE A CONTINUACIÓN DESCRIBO. (DAR DETALLE) VENTA SERVICIOS SALUD

## 6 AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA Y REPORTE A CENTRALES DE INFORMACIÓN

Declaro que para efectos de acceder a la prestación de servicios por parte de **SEGUROS DEL ESTADO S. A. y SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S. A.**, que en adelante se denominarán **LAS ASEGURADORAS**, el suscrito ha suministrado datos de la persona jurídica que represento o de las personas naturales vinculadas a la misma.

En consecuencia, autorizo a **LAS ASEGURADORAS** a que realicen el tratamiento de los misrrios para los fines que sean necesarios en la prestación del servicio correspondiente, así como a la circulación o transferencia de ellos; todo, aún en el caso que no se llegare a formalizar la relación contractual o la misma hubiere terminado. Así mismo, autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos a la salud y a los datos biométricos.

Autorizo a **LAS ASEGURADORAS** a entregar o compartir la información con **FASECOLDA** e **INVERFAS S.A.**; con la finalidad de adelantar actividades y proyectos del sector, con personas jurídicas que administran bases de datos; para efectos de prevención y control de fraudes y selección de riesgos, con aliados estratégicos, intermediarios de seguros, compañías, filiales y subsidiarias; con el fin de ser contactado para el ofrecimiento de productos, envío de información, ofertas comerciales y publicitarias.

Declaro que conozco que las respuestas a las preguntas sobre datos sensibles son facultativas y que LAS ASEGURADORAS me han informado los derechos que se tienen como titular de la información, de acuerdo con la ley y su manual de políticas, que he leído y que se encuentran disponibles en la página [www.segurosdelestado.com](http://www.segurosdelestado.com). Igualmente, la Persona Jurídica que represento se compromete a actualizar toda la información anualmente.

De la misma forma, autorizo de manera permanente e irrevocable a LAS ASEGURADORAS a consultar y suministrar datos positivos o negativos de mi comportamiento comercial, crediticio y financiero a centrales de información.

El responsable del Tratamiento de la información es la Jefatura de Atención al Consumidor Financiero, ubicada en la Carrera 11 # 90-20. Teléfono 2 18 69 77. correo electrónico [info@segurosdelestado.com](mailto:info@segurosdelestado.com).

## 7. DOCUMENTOS REQUERIDOS

EN TODOS LOS CASOS ES NECESARIO ADJUNTAR LA FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL Y ORIGINAL DEL CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL CON VIGENCIA NO SUPERIOR A TRES (3) MESES, EXPEDIDO POR LA CÁMARA DE COMERCIO.

- |                                |                |
|--------------------------------|----------------|
| 1. TOMADOR ASEGURADO AFIANZADO | 3. PROVEEDORES |
|--------------------------------|----------------|

- a. Fotocopia del Registro Único Tributario (RUT).  
 b. Declaración de Renta del último periodo gravable (si declara) o estados financieros.  
 c. Inventario General de los bienes objeto del seguro salvo cuando se trate de pólizas flotantes o automáticas.

2. INTERMEDIARIOS 5. APODERADO

- La Documentación según políticas vigentes de la Compañía.

- ### 3. PROVEEDORES

- b. Declaración de Renta del último periodo gravable (si declara) o estados financieros.

- #### 4. BENEFICIARIOS

- a. Documentación según políticas vigentes de la Compañía.

5. APODERADO

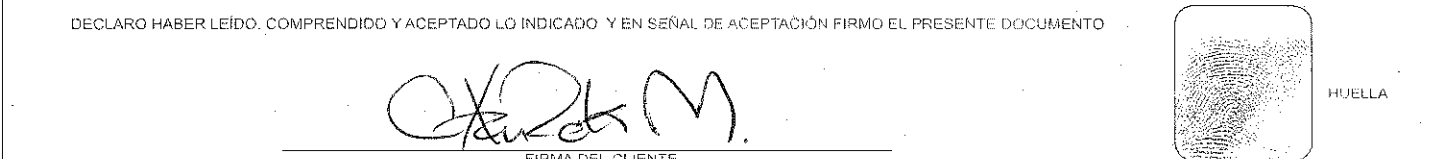
- g. En caso de que el cliente se presente a través de apoderado debe anexar poder debidamente firmado con reconocimiento de texto y firma ante notaría.

8. FIRMA Y HUELLA

DECLARO HABER LEÍDO, COMPRENDIDO Y ACEPTADO LO INDICADO Y EN SEÑAL DE ACEPTACIÓN FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO

*Q. R. M.*

FIRMA DEL CLIENTE



9. INFORMACIÓN DE LA ENTREVISTA 10. VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN DEL CLIENTE

FECHA		DÍA	MES	AÑO	HORA	FECHA		DÍA	MES	AÑO	HORA
DIRECCIÓN DE LA ENTREVISTA						OBSERVACIONES					
¿CÓMO CONOCIÓ AL CLIENTE?											
OBSERVACIONES											
RESULTADO: ACEPTADO <input type="checkbox"/> RECHAZADO <input type="checkbox"/>											
NOMBRE DE QUIEN ENTREVISTA				CARGO							
CLAVE			INTERMEDIARIO			NOMBRE DE QUIEN VERIFICA				CARGO	
SUCURSAL			FIRMA INTERMEDIARIO O EMPLEADO			SUCURSAL				FIRMA	

## 10. VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN DEL CLIENTE

FECHA	DÍA	MES	AÑO	HORA	
OBSERVACIONES					
NOMBRE DE QUIEN VERIFICA				CARGO	
SUCURSAL			FIRMA		