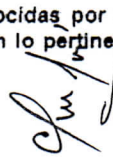


FORMULARIO DE SOLICITUD POLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DE CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS

Practica procedimientos diferentes a los antes relacionados?	SI	NO
Si el punto anterior es (SI), brindar mayores detalles:		
Existen uno o varios de los siguientes Equipos:		
➤ Equipo de Radiografía con fines de diagnóstico:	SI (<input type="checkbox"/>)	NO (<input checked="" type="checkbox"/>) Indicar cuantos _____
➤ Equipo de Rayos X con fines de diagnóstico:	SI (<input type="checkbox"/>)	NO (<input checked="" type="checkbox"/>) Indicar cuantos _____
➤ Equipo de Tomografía por Ordenador:	SI (<input type="checkbox"/>)	NO (<input checked="" type="checkbox"/>) Indicar cuantos _____
➤ Equipos de Radiación por isotopos para terapia:	SI (<input type="checkbox"/>)	NO (<input checked="" type="checkbox"/>) Indicar cuantos _____
➤ Equipos de Medicina nuclear incluyendo material:	SI (<input type="checkbox"/>)	NO (<input checked="" type="checkbox"/>) Indicar cuantos _____
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 (<input type="checkbox"/>) NO (<input checked="" type="checkbox"/>).		
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 (<input type="checkbox"/>) NO (<input checked="" type="checkbox"/>).		
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 (<input type="checkbox"/>) NO (<input checked="" type="checkbox"/>).		
c. Alguna agencia gubernamental ha investigado, suspendido, revocado o tomado otra acción contra la institución o sus licencias? SI (<input type="checkbox"/>) NO (<input checked="" type="checkbox"/>).		
INFORMACION SOBRE OTROS SEGUROS		
a. Ha tenido en los últimos cinco (5) años, contratado Seguro de Responsabilidad Civil Profesional. SI (<input checked="" type="checkbox"/>) NO (<input type="checkbox"/>)		
En caso afirmativo dar detalles:		
Compañía: <u>Aseguradora Solidaria de Colombia</u>		
Limite Asegurado: <u>\$ 60.000.000.000</u>		
Vigencia del Seguro: <u>05-III-2017 Hasta 05-III-2018.</u>		
Fecha de retroactividad que trae actualmente: A partir de _____		
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 (<input type="checkbox"/>) NO (<input checked="" type="checkbox"/>)		
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;		
<u>CIBRAM ROJAS JAIME</u> NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL O QUIEN HAGA SUS VECES	 _____ FIRMA	
<u>12 MARZO 2018</u> Fecha en que se completa y firma este formulario		

FM-SUSG-14

**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 <u>2018</u> .			
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>E.S.E. Centro de Salud de Jenesano</u>			
Ubicación de la Entidad: <u>Carrera 2 N° 5-11</u>		Ciudad: <u>Jenesano</u>	
Números de teléfono: <u>7363226</u>		Departamento: <u>Boyacá</u>	
Nivel de Complejidad:			
Nombre del Director Médico: <u>Clara Mercedes Rojas Jaime</u>			
INFORMACION PRACTICA			
No. de camas de internación:		No. de salas de operaciones:	
Uso promedio de las camas:		No. de camas Unidad de Cuidados Intensivos:	
No. de camas para recién nacidos:		No. de camas Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal:	
Promedio de Pacientes que atiende anualmente:		Promedio de pacientes mensualmente:	
Alguno de los servicios profesionales que presta la entidad son contratados con Terceros; SI () NO ()			
Si la respuesta es sí, 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)	2	0
IV	Odontólogos y Ortodoncistas	1	0
PRACTICA Y TRATAMIENTOS			
Enfermedades infecto contagiosas?	SI	NO	/
Clinica médica?	SI	NO	/
Geriatría?	SI	NO	/
Psiquiatría?	SI	NO	/
Pediatría?	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: _____			
La institución tiene un sistema instalado para el tratamiento de desechos infecciosos?	SI	NO	/

FM-SUSG-14

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 periodo 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

Tunja

1. Nombre de la empresa, objeto social, tiempo durante el cual se encuentra desarrollando su actividad actual. E.S.E. Centro de Salud de Jonesano
2. Adjuntar relación detallada de los funcionarios asegurados, donde se establezca nombre, cargo, antigüedad en la empresa y funciones.
Clara Mercedes Pérez - Jauré - Perito
Diego Alejandro Guerrero Briceño - Tesorero
3. Indicar las sumas aseguradas requeridas:

Alternativa 1

60.000.000

Alternativa 2

Alternativa 3

4. Durante los últimos 5 años:
 - a. ¿Ha cambiado la denominación de la compañía?

Si _____ No

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: NA
Con derecho a voto NA
Sin derecho a voto NA

- 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

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 05-111-2018 hasta 05-111-2018
Límite asegurado:
Compañía de Seguros: Aseguradora Solidaria.

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

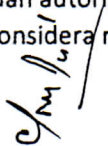
En caso afirmativo favor dar detalles

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 CINER H ROJAS JAIME
Fecha 12 MARZO 2018