

**INFORMACION RELEVANTE PARA SOLICITUD DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PARA CLINICAS Y HOSPITALES.**

**1. INFORMACION GENERAL DE LA ENTIDAD:**

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: *Unidad de Salud Universidad del Cauca.*

NIT:

PROPIETARIOS DE LA INSTITUCION: *Universidad del Cauca.*

TIPO DE ENTIDAD: *Pública.*

AÑO DE ESTABLECIMIENTO O FUNDACION: *2001*

NUMERO PROMEDIO ANUAL DE PACIENTES: *2296*

AMBULATORIOS:

HOSPITALIZADOS:

**2. INFORMACION SOBRE SERVICIOS**

SE PRESTAN LOS SERVICIOS MEDICOS INHERENTES A LA ACTIVIDAD DE UNA CLINICA U HOSPITAL?

SI( ) NO()

SE PRESTAN SERVICIOS DE TRATAMIENTO PRE Y POST - HOSPITALARIOS?

SI() NO( )

ES UN ESTABLECIMIENTO PSIQUIATRICO O DE CLINICA DE REPOSO?

SI( ) NO()

ES UNA CLINICA GERIÁTRICA?

SI( ) NO()

QUE SERVICIOS PRESTA:

### 3. INFORMACION SOBRE PERSONAL Y EQUIPO DE TRABAJO

NUMERO DE MEDICOS VINCULADOS DE PLANTA Y DE MEDICOS CONTRATADOS SEGÚN ESPECIALIZACION DE ACUERDO CON EL SIGUIENTE ESQUEMA

#### RELACION FUNCIONARIOS POR ESPECIALIDAD

ESPECIALIDAD	NÚMERO DE CARGOS
ANESTESIA	0
CIRUGIA GENERAL	0
ENDOCRINOLOGIA	1
EPIDEMIOLOGIA - ENFERM. DEL TRÓPICO	0
GERENCIA SER. DE SALUD	0
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	1
MEDICINA ALTERNATIVA - ACUPUNTURA	1
MEDICINA GENERAL	5
MEDICINA INTERNA	0
NEONATOLOGIA	0
ODONTOLOGIA	2
OFTALMOLOGIA	0
ONCOLOGIA	0
ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA	0
PEDIATRIA	1
PSIQUIATRIA	0
SALUD OCUPACIONAL	0
URGENCIOLOGIA	0
UROLOGIA	0
<b>TOTAL</b>	<b>11</b>

DISCIPLINA	CONTRATO U OPS
ANESTESIOLOGOS	0
GINECOOBSTETRAS	1
CIRUJANOS GENERALES	0
ORTOPEDISTAS	0
NEONATOLOGOS	0
PEDIATRAS	1
ONCOLOGOS	0
UROLOGOS	0
OFTALMOLOGOS	0

MEDICOS GENERALES	5
DEMÁS MEDICOS	
ODONTOLOGOS	2
ORTODONCISTAS	

NUMERO DE CAMAS PACIENTE DISPONIBLES: 0

EXISTE UNO O VARIOS DE LOS SIGUIENTES EQUIPOS MEDICOS Y DE TRANSPORTE ESPECIAL PARA PACIENTES:

RADIOLOGIA PARA DIAGNOSTICOS	SI	NO
RAYOS X PARA TERAPEUTICA		X
TOMOGRAFIA POR COMPUTADOR Y ESCANER		X
DE RAYOS LASER		X
DE MEDICINA NUCLEAR		X
AMBULANCIA MEDICALIZADA		X
VEHICULOS PARA EMERGENCIAS BASICAS		X

#### 4. INFORMACION SOBRE OTROS RIESGOS

CUENTA CON BANCO DE SANGRE

SI ( ) NO (X)

SE SUMINISTRA CONSERVAS DE SANGRE A OTRAS INSTITUCIONES?

SI ( ) NO (X)

EN CASO AFIRMATIVO EN QUE NUMERO:     

EXISTE FARMACIA PROPIA? X

SI (X) NO ( )

CON CUANTOS QUIMICOS FARMACEUTICOS TITULADOS CUENTA LA INSTITUCION: 0

Planta:

Contrato:

EXISTE UN LABORATORIO PROPIO DE ANALISIS CLINICOS?

SI( ) NO()

CON CUANTOS PROFESIONALES BACTERIOLOGOS CUENTA:

Planta: 0

Contrato: 0

EXISTE UN SERVICIO DE URGENCIAS CON AMBULACIAS PROPIAS

SI( ) NO()

EN CASO AFIRMATIVO, CUANTAS AMBULANCIAS:

**5. INFORMACION RESPECTO AL ASEGURAMIENTO:**

HA TENIDO ALGUNA RECLAMACION DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DURANTE LOS ULTIMOS 2 AÑOS

SI( ) NO()

(Ver cuadro de siniestralidad).

TIENE CONOCIMIENTO DE ALGUNA(S) CIRCUNSTANCIAS QUE PUDIESEN COMPROMETER SU RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

SI( ) NO()

EN CASO AFIRMATIVO DESCRIBIR —

HA TENIDO ALGUNA RECLAMACION DE RESPONSABILIDAD CIVIL DURANTE LOS ULTIMOS 2 AÑOS:

(Ver cuadro de siniestralidad).

SE CONOCIMIENTO DE ALGUNA CIRCUNSTANCIA QUE PUDIESE COMPROMETER LA RESPONSABILIDAD CIVIL EN GENERAL DE LA INSTITUCION?

SI( ) NO()

EN CASO AFIRMATIVO DETALLAR:

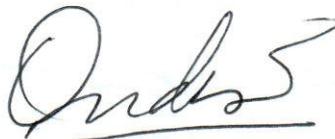
HA TENIDO CONTRATADO EN LOS ULTIMOS 2 AÑOS UN SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL?

SI() NO( )

LE HA SIDO REHUSADA O CANCELADA LA POLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR ALGUNA COMPAÑIA DE SEGUROS?

SI( ) NO()

EN CASO AFIRMATIVO MENCIONAR DETALLES:



FIRMA

DOCUMENTO ORIGINAL FIRMADO POR:

NOMBRE: Ondina Said Harmiga R  
FECHA: 19-Feb/2024  
CARGO: Director (E)

Elaboró:

Revisó:

ANEXO No. 3

CUESTIONARIO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PARA SERVIDORES  
PUBLICOS

Este cuestionario es para pólizas relacionadas exclusivamente con reclamaciones presentadas contra el asegurado durante el período de vigencia de las mismas.

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

1. DATOS GENERALES

A. NOMBRE DE LA ENTIDAD

Unidad de Salud Universidad del Cauca.

XXXXXXXXXXXX

B. OBJETO SOCIAL

Prestación de Servicios Asistenciales de Nivel 1

XXXXXXXXXXXX

C. TIEMPO DURANTE EL CUAL SE ENCUENTRA DESARROLLANDO SU  
ACTUAL ACTIVIDAD. 22 años 9 meses.

XXXXXXXXXXXX

2. INDICAR LAS SUMAS ASEGURADAS COTIZAR:

Las indicadas en el Anexo 1 del Pliego de Condiciones

RELACIONE LOS CARGOS QUE DESEA ASEGURAR

XXXXXXX

XXXXXXX

XXXXXXX

XXXXXXX

3. DURANTE LOS ÚLTIMOS CINCO AÑOS X

A) HA CAMBIADO LA DENOMINACIÓN DE LA COMPAÑÍA?

SI  NO  EN CASO AFIRMATIVO DAR DETALLES

-----  
-----  
-----

B) LA ESTRUCTURA DEL CAPITAL SOCIAL HA SUFRIDO MODIFICACIONES?

SI  NO  EN CASO AFIRMATIVO DAR DETALLES

-----  
-----  
-----

C) HA TENIDO LUGAR ALGUNA ADQUISICIÓN, FUSION O ABSORCION, ETC. DE OTRAS EMPRESAS?

SI  NO  EN CASO AFIRMATIVO DAR DETALLES

-----  
-----  
-----

5. A) CONSIDERA ACTUALMENTE LA POSIBILIDAD DE ALGUNA FUSIÓN, ADQUISICIÓN ETC DE OTRAS EMPRESAS?

SI  NO  EN CASO AFIRMATIVO 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 DAR DETALLES

-----  
-----

-----  
-----  
C) SE ESTÁ ESTUDIANDO O CONSIDERANDO LA COTIZACIÓN EN BOLSA DE LAS ACCIONES DE LA EMPRESA?

SI \_\_\_\_\_ NO  EN CASO AFIRMATIVO DAR DETALLES

-----  
-----  
-----  
6. ES LA EMPRESA

A) PÚBLICA  B) MIXTA \_\_\_\_\_

EN CASO DE SER MIXTA ESPECIFICAR EL PORCENTAJE DE ACCIONES ASÍ:

EN PODER DEL ESTADO  
PRIVADO

EN PODER DEL SECTOR

NA

NA

7. LA EMPRESA SE ENCUENTRA BAJO LA VIGILANCIA O CONTROL DE

CONTRALORIA  
FISCALIA  
REGULACIÓN

PERSONERIA \_\_\_\_\_

SUPERINTENDENCIA \_\_\_\_\_

PROCURADURIA  
EMPRESAS  DE

8. CAPITAL SOCIAL DE LA COMPAÑÍA

XXXXXXXXXXXXX

A) NUMERO DE ACCIONISTAS  
CON DERECHO A VOTO

SIN DERECHO A VOTO

NA

NA.

A) RELACIONE LOS ACCIONISTAS QUE POSEAN AL MENOS EL 15% DEL CAPITAL SOCIAL DE LA EMPRESA, IDENTIDAD Y PORCENTAJE EN CADA CASO, Y ESPECIFICAR SI ESTÁN REPRESENTADOS EN LA JUNTA DIRECTIVA. DAR DETALLES.

B) COMPAÑÍAS FILIALES DE LA EMPRESA, PORCENTAJE DE PARTICIPACIÓN EN AQUELLAS. PARA SU INFORMACIÓN LES INDICAMOS QUE QUEDARÁN AUTOMÁTICAMENTE INCLUIDAS INCLUIDAS EN LAS PÓLIZA LAS COMPAÑÍAS FILIALES CUYO PORCENTAJE DE PARTICIPACIÓN SEA SUPERIOR AL 50%, SI FACILITAN BALANCES CONSOLIDADOS.

NA

9. SE HA ADQUIRIDO O VENDIDO FILIALES O SUBSIDIARIAS DURANTE ÚLTIMOS 18 MESES?

SI  NO  EN CASO AFIRMATIVO DAR DETALLES

10. TIENE LA EMPRESA EN EL MOMENTO SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL SERVIDORES PUBLICOS O DIRETORES Y ADMINISTRADORES?

SI  NO  EN CASO AFIRMATIVO ESPECIFIQUE

VIGENCIA: DESDE  
LIMITE ASEGURADO  
COMPAÑÍA DE SEGUROS

HASTA Mayo-2024

11. TIENE LA EMPRESA O ALGUNO DE SUS ACTUALES DIRECTIVOS O ALTOS CARGOS ALGÚN OTRO SEGURO AMPARANDO EL RIESGO QUE SE PROPONE?

12. HA RECHAZADO O NEGADO ALGÚN ASEGURADOR LA COBERTURA DEL RIESGO A LAS PERSONAS PARA QUIEN ACTUALMENTE SE SOLICITA?

SI  NO  EN CASO AFIRMATIVO DAR DETALLES

-----  
-----  
-----  
-----

13. HA EXISTIDO O EXISTE ALGUNA RECLAMACIÓN, A ALGUNA DE LAS PERSONAS PARA LAS QUE SE PROPONE ESTE SEGURO O ALGUNA EN RELACIÓN CON EL RIESGO SOLICITADO?

SI  NO  EN CASO AFIRMATIVO DAR DETALLES

-----  
-----  
-----

14. TIENE ALGUNA DE LAS PERSONAS PARA LAS QUE SE PROPONE ESTE SEGURO (INCLUYENDO AQUELLAS PERSONAS PROPUESTAS EN EMPRESAS SUBSIDIARIAS O AFILIADAS, SI FUE APLICABLE, CONOCIMIENTO DE ALGUNA CIRCUNSTANCIA O INCIDENTE QUE PUDIERA DAR LUGAR A LA RECLAMACION DE UN TERCERO?

SI  NO  EN CASO AFIRMATIVO DAR DETALLES

-----  
-----  
-----

15. EXISTE ALGUNA CALIFICACIÓN, COMENTARIO Y OBSERVACIÓN CONTENIDA EN EL INFORME DE LOS AUDITORES EXTERNOS O ENTIDADES DE CONTROL SOBRE LA COMPAÑIA

SI  NO  EN CASO AFIRMATIVO DAR DETALLES

-----  
-----  
-----

16. EXISTE ALGUNA RESPONSABILIDAD O ASPECTO EXTRAORDINARIO INDICADO DENTRO DEL INFORME FINANCIERO

SI  NO  EN CASO AFIRMATIVO DAR  
DETALLES

**POR FAVOR ANEXAR LOS ESTADOS FINANCIEROS**

EL ABAJO AFIRMANTE EN CALIDAD DE REPRESENTANTE LEGAL DE LA COMPAÑIA 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 INTEGRANTE DE LA PÓLIZA. LOS

ASEGURADORES QUEDAN AUTORIZADOS A REALIZAR CUALQUIER INDAGACIÓN, CONSULTA O SOLICITUD DE INFORMACIÓN QUE SE CONSIDERE NECESARIA.

FIRMADO : \_\_\_\_\_

CARGO : \_\_\_\_\_

NOMBRE : \_\_\_\_\_

FECHA : \_\_\_\_\_