



**SEGUROS
DEL
ESTADO S.A.**

**FORMULARIO PARA SOLICITUD DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PARA CLINICAS Y
HOSPITALES.**

CUESTIONARIO

1. INFORMACION GENERAL

NOMBRE O RAZON SOCIAL DE LA
INSTITUCION Hospital Departamental María Inmaculada
E. S. E.

NIT No. 891.180.098-5

DOMICILIO Diagonal 20 No. 7-29 Florencia - Caquetá

QUIENES SON LOS PROPIETARIOS DE LA INSTITUCION El Estado.

NUMERO DE REGISTRO DE LA SECRETARIA DE SALUD 180010002501

AÑO DE ESTABLECIMIENTO O FUNDACION 1945

NUMERO PROMEDIO ANUAL DE PACIENTES

EN TRATAMIENTO —

HOSPITALIZADOS 26.000

2. INFORMACION SOBRE SERVICIOS

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

SI (☒) NO (☐)

SE PRESTAN EXCLUSIVAMENTE SERVICIOS DE TRATAMIENTO PRE Y POST -
HOSPITALARIOS?

SI (☒) NO (☐)

SE TRATA DE UN ESTABLECIMIENTO PSIQUIATRICO O DE CLINICA DE REPOSO?

SI (☐) NO (☒)

SE TRATA DE CLINICA GERIATRICA?

SI (☐) NO (☒)



**SEGUROS
DEL
ESTADO S.A.**

QUE OTROS SERVICIOS PRESTA Pediatría, Cirugía, Esterilización,
Hospitalización I, II, III, Unidad Mental, laboratorio clínico,
Banco de Sangre, UCI Neonatal, Imagenología, terapia - Rehabilitación,
Medicina Especializada, Sala de Partos, Referencia y contra-
referencia, plan canguro, odontología primer nivel,
Salvamento ambiental

3. INFORMACION SOBRE PERSONAL Y EQUIPO

NUMERO DE MEDICOS BAJO RELACION LABORAL (GRUPO A) Y DE MEDICOS CON AUTORIZACION PARA EJERCER SU PROFESION EN LOS PREDIOS DE LA INSTITUCION (GRUPO B), SEGÚN ESPECIALIZACION DE ACUERDO CON EL SIGUIENTE ESQUEMA

	MEDICOS GRUPO A	MEDICOS GRUPO B
ANESTESIOLOGOS, GINECOLOGOS, GINECOOBSTETRAS	6	11
ESPECIALISTAS EN CIRUGIAS, ORTOPEDIA, UROLOGIA, ORTOPEDIA, OFTALMOLOGIA, RADIOLOGIA	6	8
DEMÁS MEDICOS	5	8
ODONTOLOGOS, ORTODONCISTAS	0	0

NUMERO DE PERSONAL DE PLANTA (SIN LOS MEDICOS MENCIONADOS EN EL PUNTO ANTERIOR), INCLUYENDO EL PERSONAL PARAMEDICO, ADMINISTRATIVO ETC. 353

NUMERO DE CAMAS DISPONIBLES PARA PACIENTES 171

EXISTE UNO O VARIOS DE LOS SIGUIENTES EQUIPOS 7
EQUIPO DE RADIOLOGIA CON FINES DE DIAGNOSTICO 6
EQUIPO DE RAYOS X PARA TERAPEUTICA NO
EQUIPOS DE TOMOGRAFIAS POR COMPUTADOR SCANNER 1
EQUIPOS DE RADIACION POR ISOTOPOS PARA TERAPEUTICA NO
EQUIPOS DE GENERACION DE RAYOS LASER NO
EQUIPOS DE MEDICINA NUCLEAR INCLUYENDO LAS MATERIAS REACTIVAS
NECESARIAS NO



**SEGUROS
DEL
ESTADO S.A.**

4. INFORMACION SOBRE OTROS RIESGOS

EXISTE BANCO DE SANGRE

SI(☒) NO (☐)

SE SUMINISTRA CONSERVAS DE SANGRE A OTRAS INSTITUCIONES?

SI(☒) NO (☐)

EN CASO AFIRMATIVO EN QUE PORCENTAJE 5 %

EXISTE FARMACIA PROPIA?

SI(☒) NO (☐)

EN CASO AFIRMATIVO CUANTOS FARMACEUTICOS TITULADOS Uno (1)

EXISTE UN LABORATORIO PROPIO DE ANALISIS CLINICOS?

SI(☒) NO (☐)

EN CASO AFIRMATIVO CUANTOS QUIMICOS/LABORISTAS TITULADOS? _____

EXISTE UN SERVICIO DE URGENCIAS CON AMBULACIAS PROPIAS

SI(☒) NO (☐)

EN CASO AFIRMATIVO, CUANTAS AMBULANCIAS 2 (Dos)

5. INFORMACION RESPECTO AL SEGURO

HA TENIDO ALGUNA RECLAMACION DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DURANTE LOS ULTIMOS 5 AÑOS

SI(☒) NO (☐)

EN CASO AFIRMATIVO, DESCRIBIRLAS _____

Dentro de los procesos de Responsabilidad Profesional
que adelanta el Hospital.



**SEGUROS
DEL
ESTADO S.A.**

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

SI()

NO (☒)

EN CASO AFIRMATIVO DESCRIBALA

HA TENIDO ALGUNA RECLAMACION DE RESPONSABILIDAD CIVIL DURANTE LOS
ULTIMOS 5 AÑOS, O TIENE CONOCIMIENTO DE ALGUNA CIRCUNSTANCIA QUE
PUDIESE(N) COMPROMETER SU RESPONSABILIDAD CIVIL EN GENERAL?

SI(☒)

NO ()

EN CASO AFIRMATIVO INDICAR DETALLES

Prestación de Servicios
de Salud

HA TENIDO CONTRATADO EN LOS ULTIMOS 5 AÑOS UN SEGURO DE
RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL?

SI(☒)

NO ()

EN CASO AFIRMATIVO INDICAR:

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS

VIGENCIA

LIMITE (S) ASEGURADO(S)

Union Temporal Seguros del Estado S.A.
Allianz Seguros S.A
500.000.000

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

SI()

NO (☒)



**SEGUROS
DEL
ESTADO S.A.**

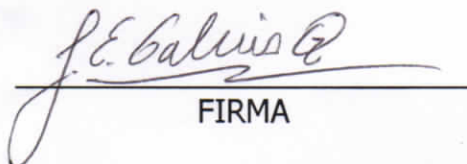
EN CASO AFIRMATIVO INDICAR DETALLES:

LIMITE SOLICITADO DE LA POLIZA _____ MILLONES POR
EVENTO Y POR AÑO.

La información aquí contenida será tratada estrictamente confidencial.

Yo (Nosotros), abajo firmantes, declaramos que toda la declaración realizada en este cuestionario es completamente verdadera de acuerdo a nuestro conocer y creemos que no hemos negado ninguna otra información material

Acordamos que este cuestionario es la base y será parte de cualquier póliza expedida.


FIRMA

FIRMADO POR

NOMBRE: John Ernesto Galvis Quintero
FECHA: _____
CARGO: Gerente