

**CUESTIONARIO DE RESPONSABILIDAD CIVIL
PARA SERVIDORES PÚBLICOS**

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

NOMBRE DE LA EMPRESA.

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO E.S.E. METROSALUD

OBJETO SOCIAL

PRESTACION SERVICIOS DE SALUD PRIMERO Y SEGUNDO NIVEL DE ATENCION

TIEMPO DURANTE EL CUAL SE ENCUENTRA DESARROLLANDO SU ACTUAL ACTIVIDAD.
DESDE 1.984

2. INDICAR LAS SUMAS ASEGURADAS A COTIZAR

ALTERNATIVAS	VALORES ASEGURADOS
1. Tres mil millones de pesos m/l	\$3.000.000.000
2.	
3.	

4. RELACIONE LOS CARGOS QUE DESEA ASEGURAR

- Un (1) Gerente.
- Dos (2) Subgerente.
- Cuatro (4) Directores Operativos.
- Seis (6) Miembros de Junta Directiva.
- Cinco (5) Jefes de Oficina.
- Nueve (9) Directores de UPSS de la E.S.E METROSALUD.
- NUEVE (9) Líderes de Programa.

Anexo nombres y funciones

CARGO	NOMBRE

4. DURANTE LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS

A) HA CAMBIADO LA DENOMINACIÓN DE LA COMPAÑÍA? SI () NO (X) EN CASO AFIRMATIVO DAR DETALLES

B) LA ESTRUCTURA DEL CAPITAL SOCIAL HA SUFRIDO MODIFICACIONES? SI () NO (X) EN CASO AFIRMATIVO DAR DETALLES

C) HA TENIDO LUGAR ALGUNA ADQUISICIÓN, FUSIÓN, ABSORCIÓN, ETC. DE OTRAS EMPRESAS? SI () NO (X)

5. A) CONSIDERA ACTUALMENTE LA POSIBILIDAD DE ALGUNA FUSIÓN, ADQUISICIÓN, ETC. DE OTRAS EMPRESAS? SI () NO (X) EN CASO AFIRMATIVO DAR DETALLES

B) EXISTE EN ESTE MOMENTO ALGUNA PROPUESTA, DE LA QUE TENGA CONOCIMIENTO LA EMPRESA RELACIONADA CON SU ADQUISICIÓN POR OTRA EMPRESA? SI () NO (X) EN CASO AFIRMATIVO DAR DETALLES

C) SE ESTÁ ESTUDIANDO O CONSIDERANDO LA COTIZACIÓN EN BOLSA DE LAS ACCIONES DE SU EMPRESA? SI () NO (X) EN CASO AFIRMATIVO DAR DETALLES

6. ES LA EMPRESA

A) PÚBLICA (X) B) MIXTA () EN CASO DE SER MIXTA ESPECIFICAR EL PORCENTAJE DE ACCIONES ASÍ:
EN PODER DEL ESTADO _____% EN PODER DEL SECTOR PRIVADO % _____

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

(X) CONTRALORÍA () FISCALÍA () PERSONERÍA () SUPERINTENDENCIA
() PROCURADURÍA (X) EMPRESAS DE REGULACIÓN

() OTRAS: CUALES

8. EL CAPITAL SOCIAL DE LA EMPRESA

A) NÚMERO TOTAL DE ACCIONISTAS _____
CON DERECHO A VOTO _____ SIN DERECHO A VOTO _____

B) 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

NO APLICA

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

NO APLICA

9. ¿SE HA ADQUIRIDO O VENDIDO FILIALES O SUBSIDIARIAS DURANTE LOS ÚLTIMOS 18 MESES?
SI () NO (X) EN CASO AFIRMATIVO DAR DETALLES

10. ¿TIENE LA EMPRESA EN EL MOMENTO SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL SERVIDORES PÚBLICOS O DIRECTORES Y ADMINISTRADORES?
SI (X) NO () EN CASO AFIRMATIVO DAR DETALLES

VIGENCIA: DESDE 01/01/2017

| HASTA 31/12/2017, prorrogas hasta 01/03/2018

LIMITE ASEGURADO Cinco mil millones de pesos (\$5.000.000.000)

COMPañIA DE SEGUROS
Previsora Seguros

11. ¿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 DAR DETALLES

12. ¿HA RECHAZADO O NEGADO ALGÚN ASEGURADOR LA COBERTURA DEL RIESGO A LAS PERSONAS PARA QUIENES ACTUALMENTE SE SOLICITA?
SI () NO (X) 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 AL RIESGO SOLICITADO?
SI (X) NO () EN CASO AFIRMATIVO DAR DETALLES

SINIESTRALIDAD EN ARCHIVO AnexoDefinicionCoberturasProgramaSeguros2018

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 RECLAMACIÓN DE UN TERCERO?
SI () NO (X) EN CASO AFIRMATIVO DAR DETALLES

15. ¿EXISTE ALGUNA CALIFICACIÓN, COMENTARIO U OBSERVACIÓN CONTENIDA EN EL INFORME DE LOS AUDITORES O ENTIDADES DE CONTROL SOBRE LA COMPAÑÍA?
SI () NO (X) EN CASO AFIRMATIVO DAR DETALLES

16. ¿EXISTE ALGUNA RESPONSABILIDAD O ASPECTO EXTRAORDINARIO INDICADO DENTRO DEL INFORME FINANCIERO?
SI () NO (X) EN CASO AFIRMATIVO DAR DETALLES

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 FORMALIZACIÓN 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 CONSIDEREN NECESARIA.

FIRMADO

CARGO: GERENTE E.S.E. METROSALUD

NOMBRE: LEOPOLDO ABDIEL GIRALDO VELASQUEZ

FECHA: 22 enero de 2017

DOCUMENTOS ADJUNTOS:

- (X) BALANCE GENERAL COMPARATIVO DOS ÚLTIMOS AÑOS DE EJERCICIO
- (X) INFORME DEL REVISOR FISCAL O ENTIDAD QUE HAGA SUS VECES, DEL ÚLTIMO AÑO DE EJERCICIO
- (X) ORGANIGRAMA GENERAL DE LA EMPRESA

E.S.E. METROSALUD
SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PARA SERVIDORES PUBLICOS
ANEXO No. 1 (RELACION DE ASEGURADOS al 31/12/2017)

It	CARGOS	NOMBRE SERVIDOR PUBLICO	ANTIGÜEDAD SERVIDOR (AÑOS)	FUNCIONES GENERALES
1	GERENTE	LEOPOLDO ABDIEL GIRALDO VELASQUEZ	1	Dirigir y conducir la institución, realizar la representación legal de la E.S.E.
1	SUBGERENTE SERVICIOS DE SALUD	HURTADO FRANCISCO JAVIER LOPEZ BERNAL	15	Dirigir, coordinar, orientar y evaluar la red de servicio y la atención al usuario.
1	SUBGERENTE ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	OLGA MERY LOPEZ CASTAÑO	20	Coordinar, dirigir y evaluar los procesos de planeación, adquisición, manejo y optimización de recursos financieros, físicos y documentales.
1	DIRECTOR OPERATIVO TALENTO HUMANO	ADRIANA MARIA CORDOBA	1	Gestionar el talento humano.
1	DIRECTOR OPERATIVO ADMINISTRATIVA	OLGA CECILIA MEJIA JARAMILLO	20	Gestionar y proveer los bienes y servicios necesarios para el adecuado funcionamiento de los procesos.
1	DIRECTOR GESTION CLINICA PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	VACANTE		Orientar la planeación y realización de actividades oportunas, eficaces, con calidad y calidez.
1	JEFE OFICINA NEGOCIOS INSTITUCIONALES	SANDRA LAVERDE RESTREPO	3	Direccionar la evaluación del mercadeo de referencia.
1	DIRECTOR OPERATIVO SISTEMAS DE INFORMACIÓN	JAIME ALBERTO HENAO A	3	Desarrollar un sistema integrado que relacione las informaciones generales con las diversas aplicaciones funcionales.
1	JEFE OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN	LEOPOLDO ABDIEL GIRALDO VELASQUEZ	1	Direccionar la planeación y desarrollo organizacional de la E.S.E.
1	JEFE OFICINA ASESORA JURÍDICA	Clemencia Inés Toro Beleño	20	Orientar, asesorar y representar la E.S.E. de acuerdo con la legislación vigente.
1	JEFE OFICINA DE CONTROL DE GESTIÓN ORGANIZACIONAL	GLORIA GONZALEZ	3	Asegurar mediante la verificación permanente del cumplimiento de los procesos y la normatividad vigente, una administración pública responsable.
1	JEFE OFICINA CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO	ADRIANA MARIA CORDOBA	1	Asesorar, acompañar y aplicar el régimen disciplinario vigente.
LÍDERES DE PROGRAMAS				
1	PROFESIONAL ESPECIALIZADA CONTABILIDAD. LÍDER PROGRAMA	LUZ ESTELLA CASTRILLÓN	20	Desarrollar y mantener en operación el sistema de contabilidad administrativa y financiera.
1	PROFESIONAL ESPECIALIZADA TESORERÍA. LÍDER PROGRAMA	SANDRA MILENA ALZATE MOLINA	10	Gestionar el ingreso y egreso efectivo.
1	LÍDER COMPRAS INSUMOS GENERALES	CARLOS ALBERTO DIAZ GUTIERREZ	20	Gestionar compras de insumos generales
1	LÍDER COMPRAS INSUMOS HOSPITALARIOS	BEATRIZ HELENA GUARIN OSPINA	20	Gestionar compras de insumos hospitalarios
1	LÍDER SALARIOS	LUIS FERNANDO GIRALDO TOBON	4	Gestionar y administrar salarios y prestaciones sociales
1	PROFESIONAL UNIVESITARIA SEGURIDAD SOCIAL	MIRIAM VERGARA JARAMILLO	25	Gestionar y administrar la seguridad social y parafiscales
1	LÍDER PRESUPUESTO	MARTHA ISABEL VELEZ	5	Orientar la gestión de los recursos de la entidad
1	LÍDER ASEGURAMIENTO	ALVARO RIVERA ANGEL	24	Gestionar los bienes y seguros de la empresa
1	LÍDER FACTURACION	LECTICIA ALVAREZ	20	Gestionar los recaudos de servicios de la empresa
DIRECTORES UPSS				
1	BELEN	CARLOS ALBERTO ROMERO BOTERO	14	Administrar y adaptar las políticas, planes, programas y proyectos institucionales en su respectiva UPSS.
1	S.A. PRADO	JOSE DIEGO ALVARO SANCHEZ GAVRIA	1	
1	S.CRISTOBAL	FERNANDO HINCAPIE AGUDELO	1	
1	NUEVO OCCIDENTE	HERNAN DARIO AGUILAR RAMIREZ	1	
1	MANRIQUE	IVAN DARIO OCHOA PELAEZ	14	
1	SANTA CRUZ	CECILIA MARIA TABORDA	1	
1	DOCE DE OCTUBRE	VALENTINA SOSSA CARVAJAL	2	
1	CASTILLA	HERNAN DARIO MUNERA	20	
1	SAN JAVIER	JORGE LEÓN SANCHEZ ECHEVERRI	1	
MIEMBROS JUNTA DIRECTIVA E.S.E. METROSALUD				
1	PRESIDENTE DELEGADO DEL ALCALDE	VERONICA DE VIVEROS ACEVEDO		
1	SECRETARIA DE SALUD	CLAUDIA HELENA PAJON		
1	REPRESENTANTE PROFESIONALES DE LA SALUD	JORGE POSADA VELEZ		
1	REPRESENTANTE SECTOR CIENTIFICO	ARCADIO MAYA ELEJALDE		
1	FACULTAD NACIONAL DE SALUD PÚBLICA			
1	REPRESENTANTE ASOCIACION DE USUARIOS	JOSE JULIAN BARRIENTOS		
1	REPRESENTANTE GREMIOS DE LA PRODUCCIÓN	HUMBERTO DE JESUS MEDINA TIRADO		
0	GERENTE E.S.E. METROSALUD	LEOPOLDO ABDIEL GIRALDO VELASQUEZ		
0	SECRETARIO . Jefe Oficina Jurídica	CLEMENCIA INES TORO BELEÑO		



CUESTIONARIO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA CLÍNICAS Y HOSPITALES

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

SECCION I. SOLICITANTE

A. INFORMACIÓN ACERCA DE LA INSTITUCIÓN

1. RAZÓN SOCIAL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO METROSALUD	NIT 800.058.016-1
DOMICILIO CARRERA 50 No. 44 - 27	CIUDAD MEDELLIN
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	TELEFONOS 5117505. 2934593 - 2857461
FAX 2857461	E-MAIL bienesmuebles@metrosalud.gov.co
2. SI LA INSTITUCIÓN HA TENIDO OTROS NOMBRES EN EL PASADO, MENCIONELOS A CONTINUACIÓN: INSTITUTO METROPOLITANO DE SALUD DE MEDELLIN	

3. NOMBRE COMPLETO DEL PROPIETARIO / TITULAR DE LA INSTITUCIÓN
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO METROSALUD

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

<input checked="" type="checkbox"/> ENTIDAD DE GOBIERNO	<input type="checkbox"/> SOCIEDAD ANÓNIMA	<input type="checkbox"/> SOCIEDAD PROFESIONAL	<input type="checkbox"/> ENTIDAD CON FINES DE LUCRO
<input type="checkbox"/> ENTIDAD SIN FINES DE LUCRO	<input type="checkbox"/> ENTIDAD RELIGIOSA	<input type="checkbox"/> INDIVIDUAL	<input type="checkbox"/> OTRA:

5. ¿DESDE CUANDO ES PROPIETARIO / TITULAR?

1.984

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
UNIDADES HOSPITALARIAS (10)	ATENCIÓN EN SALUD	MEDELLIN. carrera 50 No. 44 - 27	5117505
CENTROS DE SALUD (43)	ATENCIÓN EN SALUD	MEDELLIN	

8. CUAL ES SU NIVEL DE ATENCIÓN: PRIMERO Y SEGUNDO

LICENCIA DE FUNCIONAMIENTO No.

OTORGADA POR:

FECHA:

FECHA DE EXPEDICIÓN

FECHA DE VENCIMIENTO

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

NO

10. LE HAN CANCELADO O SUSPENDIDO LA LICENCIA DE FUNCIONAMIENTO, ESPECIFIQUE POR QUÉ: NO

B. INFORMACION ACERCA DEL DIRECTOR MEDICO

1. NOMBRE COMPLETO: LEOPOLDO ABDIEL GIRALDO VELASQUEZ

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

CARGO DESEMPEÑADO	TIEMPO	NOMBRE DE LA ENTIDAD	CIUDAD	TELÉFONO
GERENTE	4	HOSPITAL GENERAL DE MEDELLIN	MEDELLIN	

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

1. NOMBRE COMPLETO: LEOPOLDO ABDIEL GIRALDO VELASQUEZ

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

CARGO DESEMPEÑADO	TIEMPO	NOMBRE DE LA ENTIDAD	CIUDAD	TELÉFONO
GERENTE	4	HOSPITAL GENERAL DE MEDELLIN	MEDELLIN	

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	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

B. EVALUACIÓN DE CALIDAD DE SERVICIOS A LOS PACIENTES

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

D. ENCARGADO DEL PROGRAMA DE SEGUROS

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

SI NO

SECCION II. COBERTURA SOLICITADA

1. VIGENCIA DESDE 1/03/2018	VIGENCIA HASTA 31/12/2018
--------------------------------	------------------------------

2. SUMA ASEGURADA. Alternativas 1. \$2.000.000.000

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:
PREVISORA SEGUROS

LÍMITE(S) ASEGURADO(S):
\$1.500.000.000 mil quinientos millones de pesos m/l

VIGENCIA(S): 01/01/2017 AL 31/12/2017, prorrogas al 01/03/2018

SECCION III. TIPO DE INSTITUCION

PÚBLICA	<input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA	<input type="checkbox"/>	OTRA:	<input type="checkbox"/>
HOSPITAL GENERAL	<input checked="" type="checkbox"/>	HOSPITAL CON ENSEÑANZA UNIVERSITARIA	<input type="checkbox"/>	HOSPITAL PEDIÁTRICO	<input checked="" type="checkbox"/>
HOSPITAL DE MATERNIDAD	<input checked="" type="checkbox"/>	HOSPITAL PSIQUIÁTRICO	<input checked="" type="checkbox"/>	HOSPITAL CARDIOVASCULAR	<input type="checkbox"/>
CLÍNICA	<input checked="" type="checkbox"/>	OTRO	<input type="checkbox"/>		

SECCION IV. INSTALACIONES, EQUIPOS DE SEGURIDAD Y PLANTA FUNCIONAL

A. INFORMACIÓN ACERCA DE LA INSTITUCIÓN

1. AÑO DE CONSTRUCCIÓN: 1984	MATERIAL (adobe, bloque, concreto armado, etc)
NÚMERO DE PISOS: 10 UNIDADES HOSPITALARIAS, 43 C.SALUD	ÁREA TOTAL EN METROS CUADRADOS: 102.534 MT2
2. CONSTRUIDO PARA BRINDAR SERVICIOS DE SALUD SEGÚN LAS NORMAS	SI
REMODELADO: AÑO DE ÚLTIMA REMODELACIÓN	2.017
3. AÑO DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN DEL SISTEMA ELÉCTRICO:	2.017

B. EQUIPOS DE SEGURIDAD

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

<input checked="" type="checkbox"/> ROCIADORES AUTOMÁTICOS	RESERVA AGUA P/INCENDIO 50.000 Lts	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ÁREA TOTAL DE PROTECCIÓN APROX: _____ M ²	ROCIADORES AUTOMÁTICOS EN HABITACIONES DE INTERNACIÓN	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> ALARMAS AUTOMÁTICAS PARA INCENDIO CONECTADAS:		
<input checked="" type="checkbox"/> LOCALMENTE	<input checked="" type="checkbox"/> AL CUERPO DE BOMBEROS	DETECTORES DE HUMO <input checked="" type="checkbox"/>
		ELÉCTRICOS <input type="checkbox"/>

SISTEMA ELÉCTRICO DE EMERGENCIA PARA ÁREAS DE SERVICIOS CRÍTICOS

Especifique: _____

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 FUNCIONAL

3. ¿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? FRECUENCIA ANUAL _____

5. ¿CUAL ES LA DISTANCIA APROXIMADA AL DEPARTAMENTO DE BOMBEROS MÁS CERCANO? 1 KMT _____

6. ¿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 VIDEOFILMACIÓN

7. ¿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

SECCION V. SERVICIOS PRESTADOS

A. UTILIZACIÓN DE LAS CAMAS DE INTERNACIÓN DEL ÚLTIMO AÑO CALENDARIO

SERVICIO	NÚMERO DE CAMAS HABILITADAS	PROMEDIO ANUAL DE OCUPACION (*)
1. Cuidado intensivo para adultos		
2. Cuidado intensivo para infantes / bebés		
3. Cunas para recién nacidos		
4. Rehabilitación / terapia		
5. Abuso de drogas / alcohol		
6. Psiquiatría		
7. Pacientes terminales (cuidado paliativo)		
8. Cuidados geriátricos		
9. Otras: (especifique)	360	310

(*) 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

NOMBRE DE GRUPOS	NÚMERO DE CONSULTAS
Abuso de drogas / alcohol	686
Cardiología	0
Cirugía con internación	5691
Cirugía sin internación (ambulatoria)	5732
Laboratorio (patología)	1.415.242
Odontología	394.203
Otras (especifique): PROMOCION Y PREVENCIÓN, CONSULTA MEDICO GENERAL, AMBULANCIA	847.567
Psiquiatría	81
Radiología (imágenes, ecografía, rayos-x)	72.271
Rehabilitación / terapia	
Sala de emergencia	187.308
Sala de partos	3.951
Terapia radiante	0
NÚMERO TOTAL DE CONSULTAS al 30/11/2017	2.932.732,00

C. SERVICIOS ESPECIALES

RCF-009-1



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

SECCION VI. CUERPO MEDICO

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):

370 MÉDICOS EMPLEADOS

140 ODONTÓLOGOS.
Total personal de planta
sin médicos: 1669

OTROS PROFESIONALES
EMPLEADOS

9 MÉDICOS ESPECIALISTAS

OTROS PROFESIONALES NO
EMPLEADOS

SECCION 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: (SINIESTRALIDAD EN ANEXO DEFINICIÓN COBERTURAS)

APELLIDO Y NOMBRE DEL RECLAMANTE	FECHA DE OCURRENCIA	ESTADO: A = ABIERTO T = TERMINADO	DEMANDA S = SI N = NO	FECHA TERMINADO	RESERVA O MONTO PAGADO	DESCRIPCIÓN 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: Medellín 31 de diciembre de 2017

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

NOMBRE LEOPOLDO ABDIEL GIRALDO VELASQUEZ
CARGO GERENTE E.S.E. METROSALUD
ACLARACIÓN NO

