

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 dicha póliza.

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. **NOMBRE DE LA EMPRESA:** objeto social, tiempo durante el cual se encuentra desarrollando su actual actividad.

2. Adjuntar, relación completa de los asegurados donde se establezca, nombre, cargo, antigüedad en la empresa y funciones.

3. Indicar las sumas aseguradas a cotizar:

4. Relacione los cargos que desea asegurar

Cargo	Nombre
MIEMBROS JUNTA DIRECTIVA	10
GERENTE GENERAL	1
SUBGERENTES.	3
JURIDICA	1
PLANEACION	1
TESORERO	1
TALENTO HUMANO	1
GESTION DE CALIDAD Y FORMACION	1
GESTION TECNICA Y LOGISTICA	1
PRESUPUESTO CONTABILIDAD-COSTO	1
FACTURACION Y CARTERA	1

5. Durante los últimos cinco 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 _____

En caso afirmativo, dar detalles :

6. 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:

7. Es la Compañía:

- a) Pública
b) Mixta

En caso de ser Mixta especificar el porcentaje de acciones así:

En poder del Estado _____
En Poder del sector privado _____

8. Capital social de la Compañía: NO APLICAR

a) Número total de accionistas: _____

Con derecho a voto: _____

Sin derecho a voto: _____

b) Sociedades que posean al menos el 15% del capital social de la empresa, identidad y porcentaje en cada caso, y especificar si están representados en el consejo. Dar detalles.

c) Compañías filiales de la empresa, porcentaje de participación en aquellas. Para su información, les indicamos que quedaran automáticamente incluidas en la póliza las compañías filiales cuyo porcentaje de participación sea superior al 50%, si facilitan balances consolidados?

9. Se ha adquirido o vendido filiales o subsidiarias durante los últimos 18 meses?

SI _____ NO

En caso afirmativo, dar detalles

10. Tiene la empresa en el momento Seguro de Manejo Global? SI NO

En caso afirmativo especifique,

11. 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 dar detalles:

12. Ha rechazado o ha denegado algún asegurador la cobertura del riesgo a las personas para quienes 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 al 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 reclamación de un tercero?

SI NO

En caso afirmativo, dar detalles _____

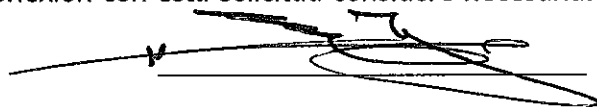
15. Indiquen si hay:

a) Alguna calificación, comentario u observación contenida en el informe de los auditores externos sobre la compañía, si es aplicable:

b) Alguna responsabilidad o aspecto extraordinario indicado dentro del informe financiero. En caso afirmativo, proporcionen una traducción a ingles.

El abajo firmante declara que acorde con su conocimiento, las declaraciones contenidas en esta solicitud son verdad. 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 parte de la póliza. los aseguradores quedan autorizados a realizar cualquier indagación y consulta que, en conexión con esta solicitud considere necesaria.

Firmado



Cargo

GERENTE GENERAL.

Sociedad y Sello

Fecha

Santiago Culi, Enero



HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE "EVARISTO GARCÍA" E.S.E.
GERENCIA FINANCIERA – SUBGERENCIA DE PRESUPUESTO Y CONTABILIDAD
ESTADO DE RESULTADO INTEGRAL INDIVIDUAL
31 DE DICIEMBRE DE 2.018 Y 31 DE DICIEMBRE DE 2.017
(VALOR EN MILES DE PESOS)



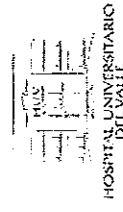
CONCEPTO	2.018 PERÍODO ACTUAL	2.017 PERÍODO ANTERIOR	VARIACIÓN	%
41 INGRESOS FISCALES	41.145.401	38.787.747	4.357.654	12%
4110 No Tributarios	41.145.401	38.787.747	4.357.654	
INGRESOS OPERACIONALES	275.857.355	218.944.339	56.913.017	26%
43 VENTA DE SERVICIOS	255.938.578	180.144.445	75.794.133	42%
4312 Servicios de Salud	255.938.578	180.144.445	75.794.133	
4395 Devoluciones, Rebajas y Descuentos				
44 TRANSFERENCIAS Y SUBVENCIONES	19.918.778	38.799.894	-18.881.117	-49%
4430 Subvenciones	19.918.778	38.799.894	-18.881.117	
6 COSTO DE VENTAS	193.628.488	157.803.759	35.824.729	23%
8310 Servicios de Salud	193.628.488	157.803.759	35.824.729	
GASTOS OPERACIONALES	77.491.067	122.269.429	-44.778.362	-37%
51 DE ADMINISTRACIÓN	59.036.562	68.502.539	-9.465.977	-14%
5101 Sueldos y Salarios	5.695.982	15.979.621	-10.283.639	-64%
5102 Contribuciones Imputadas	446.412	13.879.627	-13.433.215	-97%
5103 Contribuciones Efectivas	2.021.333	2.534.142	-512.809	-20%
5104 Aportes sobre Nómina	304.313	337.079	-32.766	-10%
5107 Prestaciones sociales	3.267.099	3.638.358	-371.259	-10%
5108 Gastos de personal diverso	16.797.813	12.154.150	4.643.663	38%
5111 Generales	30.091.412	19.008.914	11.082.498	58%
5120 Impuestos, Contribuciones y Tasas	412.218	970.648	-558.430	-58%
PROVISIONES, AGOTAMIENTO, DEPRECIACIONES Y AMORTIZACIONES	18.454.505	53.766.890	-35.312.385	-66%
5347 Deterioro de Cuentas por cobrar	6.177.523	46.455.481	-40.277.958	-87%
5350 Deterioro de inventarios	237.164		237.164	1%
5351 Deterioro de Prop. Planta y equipo	146.473		146.473	1%
5360 Depreciación de prop. Planta y equipos	5.120.014	680.325	4.439.689	853%
5368 Provisión litigios y Demandas	6.773.331	6.631.085	142.246	2%
EXCEDENTE (DÉFICIT) OPERACIONAL	45.883.202	-24.341.102	70.224.304	-289%
48 OTROS INGRESOS	46.678.132	128.173.185	-81.495.053	-64%
4802 Financieros	474.233	511.171	-36.938	-7%
4808 Ingresos Diversos	42.995.471	127.662.013	-84.666.542	-66%
4830 Reversión de las Perdidas por Deterioro de valor	3.208.427		3.208.427	100%
58 OTROS GASTOS	24.826.760	81.753.836	-56.927.086	-70%
5802 Comisiones	42.868	110.989	-68.121	-61%
5804 Financieros	642.814	23.936.149	-23.293.334	-97%
5890 Gastos diversos	24.032.905	57.708.699	-33.675.793	-58%
5893 Devoluciones y descuentos Ingresos fiscales	108.162		108.162	
EXCEDENTE (DÉFICIT) DEL EJERCICIO	67.734.684	22.078.247	45.656.437	207%

Firma del Representante Legal
IRNE TORRES CASTRO

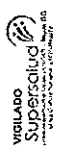
Firma del Contador
CPT. JAIRE LORENA CERQUERA GARCIA
 Contador Afiliado Participo AGESOC
 T.P. No. 80057-T

Firma de la Subgerencia Financiera
HOLMER JOSE REYES SOTELO

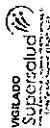
Firma de la Revisoría Fiscal
CPT. HERNAN MORA MARTINEZ
 T.P. No. 24697-T
 DELEGADO POR KRESTON R.M. S.A.
 (Sin sueldo)



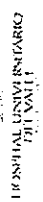
HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE "EVARISTO GARCÍA" E.S.E.
GERENCIA FINANCIERA – SUBGERENCIA DE PRESUPUESTO Y CONTABILIDAD
ESTADO DE SITUACION FINANCIERA INDIVIDUAL
31 DE DICIEMBRE DE 2.018 Y 31 DE DICIEMBRE DE 2.017
(VALOR EN MILES DE PESOS)



	NOTAS		VARIACIÓN	ANÁLISIS VERTICAL L. %	PERIODO ACTUAL		PERIODO ANTERIOR	VARIACIÓN	ANÁLISIS VERTICAL L. %
	2.018	2.017			2.018	2.017			
ACTIVO									
CORRIENTE									
11 EFECTIVO	207.898.517	153.227.946	54.670.572	0,36	0,25	72.137.013	25.228.370	46.908.643	1,86
1105 Caja	36.793.316	44.298.978	-7.505.662	0,17	0,18	63.636.404	23.601.353	40.035.051	1,70
1110 Bancos y Corporaciones	18.242	25.992	-7.750	0,30	0,24	39.237.551	11.302.237	27.935.314	2,47
1120 Fondos en tránsito	27.311.000	35.901.298	-8.590.298	0,24	0,24	702.608	11.691.678	4.165.282	1,00
1132 Efectivo de uso restringido	309.456	309.456	309.456	1,00	1,00	1.037.882	591.547	446.335	1,00
1133 Equivalente al efectivo	9.154.618	8.371.688	782.930	1,00	1,00	52.084	962	51.122	1,00
13 DEUDORES	165.654.257	104.306.982	61.347.275	0,59	0,80	29.477	4.180.211	5.733.289	1,37
1311 Ingreso No Tributario	4.040.584	494.783	3.545.801	7,17	0,72	9.913.500	720.413	720.413	1,00
1319 Prestación de Servicios de Salud	157.315.076	91.711.881	65.604.195	0,00	0,00	720.413	251.212	251.212	1,00
1324 Subvenciones por cobrar	107.512	107.512	-	0,00	0,00	251.212	-	-	-
1384 Otras cuentas por cobrar	4.190.083	11.992.857	-7.802.774	0,65	0,65	-	-	-	-
14 PRESTAMOS POR COBRAR	2.230	2.566	-336	0,13	0,00	7.684.484	1.627.017	6.057.447	3,72
1415 Prestamos concedidos	2.230	2.566	-336	0,13	0,13	6.376.373	1.627.017	4.749.356	2,92
15 INVENTARIOS	5.448.715	4.619.419	829.295	0,18	0,03	1.308.091	-	1.308.091	-
1514 Materiales y Suministros	2.955.689	4.057.077	-1.801.388	0,39	0,39	816.145	-	816.145	-
1525 En tránsito	2.965.773	4.057.077	-1.801.388	1,00	1,00	392.864	-	392.864	-
1590 Diferenc. Acumulado Inventarios	-472.748	-237.656	-235.090	0,99	0,99	423.281	-	423.281	-
23 OBLIGACIONES FINANCIERAS									
2313 Subrogios Obtenidos									
24 CUENTAS POR PAGAR									
2401 Adquisición Bienes y Servicios									
2407 Recursos a favor de terceros									
2424 Descuento nominal									
2436 Retención, Retenc. Imp. Timbre									
2440 Imp. Contribuciones y Tas									
2445 Impuesto al Valor Agregado									
2490 Otras cuentas por pagar									
2495 Cuentas por pagar a costo amortiz									
2460 Créditos judiciales									
25 BENEFICIO A LOS EMPLEADOS									
2511 Beneficio a Empleados corto plazo									
2514 Otros beneficios post empleo									
27 PASIVOS ESTIMADOS									
2701 Provisiones demandas y litigios									
29 OTROS PASIVOS									
2901 Avances y Anticipos recibidos									
2903 Ingresos Recibidos por Anticipado									



HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE "EVARISTO GARCÍA" E.S.E.
GERENCIA FINANCIERA - SUBGERENCIA DE PRESUPUESTO Y CONTABILIDAD
ESTADO DE SITUACION FINANCIERA INDIVIDUAL
31 DE DICIEMBRE DE 2.018 Y 31 DE DICIEMBRE DE 2.017
(VALOR EN MILES DE PESOS)



	2.018	2.017	VARIACION	%	ANÁLISIS VERTICAL L %	PERIODO ACTUAL	PERIODO ANTERIOR	VARIACION	%	ANÁLISIS VERTICAL %
ACTIVO										
NO CORRIENTE	632.295.651	627.321.800	4.973.855	0,01	0,75	216.358.539	249.202.519	-32.843.979	0,13	0,75
13 DEUDORES	36.785.273	58.410.606	-19.705.333	0,35	0,06	4.652.483	5.269.934	-607.451	0,12	0,02
1319 Prestación de Servicios de Salud	49.868.967	59.425.940	-9.556.974	0,16						
1384 Otras cuentas por cobrar	11.008.771	685.228	10.323.543	16,33						
1385 Deudas de Difícil Cobro	42.365.011	114.201.793	-71.836.783	0,63						
1386 Detentador de cuentas por c	-66.557.475	-117.852.356	51.294.881	0,44		4.662.483	5.269.934	-531.031	0,10	0,02
14 PRESTAMOS POR COBRAR	1.955	3.943	-1.988		0,00	101.599.566	124.560.507	-22.960.940	0,18	0,47
1415 Prestamos concedidos	1.955	3.943	-1.988			49.483.620	52.126.183	-2.642.563	0,05	
16 PROPIEDAD, PLANTA Y EQUIPO	522.829.759	528.221.537	-5.391.778	0,01	0,83	13.979.409	24.934.027	-10.954.618	0,44	
1695 Terrenos	94.596.566	94.596.566		0,00		177.654	805.916	-628.261	0,78	
1696 Construcciones en Curso	10.414.916	8.153.594	2.261.322	0,28		313.518	2.107.641	-1.794.123	0,85	
1697 Maquinaria, Planta en Montaje	0	2.137.793	-2.137.793	1,00		28.716.462	22.458	22.458	1,00	
1698 Bienes Muebles en Bodega	5.464.174	140	5.464.034	39,029		8.928.984	31.504.246	-22.575.262	0,09	
1699 Edificaciones	490.601.795	435.803.950	54.797.845	0,13		962.041	10.890.314	-9.928.273	0,09	
1700 Plantas y Ductos	1.914.232	3.738.721	-1.824.489	0,00		7.721.595	10.890.314	-3.168.719	0,28	
1701 Redes, Líneas y Cables	3.738.721	4.851.651	-1.112.930	0,00		28.993.447	22.660.938	6.332.509	0,28	
1702 Maquinaria y Equipo	4.334.715	70.522.854	-66.188.139	0,11		7.721.595	9.088.358	-1.366.763	0,03	
1703 Equipo Médico y Químico	50.120.384	5.522.136	44.598.248	0,29		12.429.612	13.577.599	-1.147.987	0,08	
1704 Muebles, Enseres y Equipo	5.345.913	7.484.694	-2.138.781	0,04		77.278.610	78.254.012	-975.402	0,01	
1705 Equipo Computación y Computo	7.092.842	3.411.570	3.681.272	0,05		0			0,01	
1706 Equipo Transporte, Tránsito y El	3.311.235	1.401.160	1.910.075	0,03		3.824.432	18.457.127	-14.632.695	0,79	
1707 Equipo Comedor, Cocina, Despensas	296.973	1.401.160	-1.104.187	0,81					1,00	
1708 Propiedades de Inversión	0	0								
1709 Depreciación Acumulada	-94.287.241	-108.618.364	14.331.123	0,13		3.572.854	5.529.048	-1.956.194	0,83	
1799 Deterioro Acumulado PPE	-145.466	-2.728.930	2.583.464	0,95		288.659.553	274.430.889	14.064.664	0,05	
19 OTROS ACTIVOS	72.748.468	42.685.714	30.062.754	0,70	0,12	251.578	1.488.227	-1.236.649	0,08	
1905 Bienes y Servicios Pagados por Antic	8.677.500	5.672.184	3.005.316	0,53		3.572.854	5.529.048	-1.956.194	0,83	
1902 Plan de Activos Para Beneficios a E	9.849.381	5.511.203	4.338.178	0,79		288.659.553	274.430.889	14.064.664	0,05	
1906 Anticipos y Avances	5.594.213	3.194.633	2.400.580	0,75		551.698.419	321.621.096	230.077.323	0,72	
1909 Depósitos encargados	28.864.944	27.717.717	1.147.227	0,04		321.621.096	321.621.096		1,00	
1951 Propiedades de Inversión	20.647.767	1.147.227	19.500.540	1,69		67.734.691	22.078.247	45.656.444	2,07	
1952 Deprec Acum Propied Inversil	-2.693.378	4.802.332	-7.495.710	0,52		243.716.431	243.716.431		1,00	
1970 Activos Intangibles	2.313.516	-4.212.354	6.525.870	0,86						
1975 Amortización Acumulada de Activos I	-599.978	780.546.745	-1.340.524	0,08	1,00	840.193.972	780.546.745	59.647.226	0,08	1,00
TOTAL ACTIVO	840.193.972	840.193.972	0	0,00	1,00	840.193.972	840.193.972	0	0,00	
CUENTAS ORDEN DEUDORAS										
81 Derechos Contingentes	120.939.754	120.939.754				-174.288.395	192.566.709	-366.855.104		
83 Deudores de Control	100.736.509	32.740.631	67.995.878	2,08		0				
8805 Derechos Contingentes por Centra	-120.939.754	-120.939.754				174.288.395	19.758.925	-386.024.028		
8915 Deudores por Centra (Ct.)	-100.736.509	-32.740.631	-67.995.878	2,08						

Firma del Representante Legal
IRRE TORRES CASTRO

Firma del Contador
JAIRE LORENA CERQUERA GARCIA

Contador Auxiliar Participa AGESOC
T.P. No. 800574

Firma de la Gerencia Financiera
HOLMER JORDAN REYES SOTELO

Firma de la Gerencia Fiscal
CPTI HERMAN MORA MARTINEZ

T.P. No. 24897-1
DELEGADO POR IRRESTON R.M. S.A.
(En Activo)

**CUESTIONARIO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL
PARA CLÍNICAS Y HOSPITALES**

VICEPRESIDENCIA DE SEGUROS

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

SECCIÓN I. SOLICITANTE

A. INFORMACIÓN ACERCA DE LA INSTITUCIÓN

1. RAZÓN SOCIAL Hospital Universitario del Valle	NIT 890303461-2
DOMICILIO Calle 5 # 36-08	CIUDAD Santiago de Cali
DEPARTAMENTO Valle del Cauca	TELÉFONOS 6206000
FAX	E-MAIL Direccion General@huv.gov.co

2. SI LA INSTITUCIÓN HA TENIDO OTROS NOMBRES EN EL PASADO, MENCIÓNELOS A CONTINUACIÓN:

No

3. NOMBRE COMPLETO DEL PROPIETARIO / TITULAR DE LA INSTITUCIÓN

Irene Torres Castro

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

ENTIDAD DE GOBIERNO
 SOCIEDAD ANÓNIMA
 SOCIEDAD PROFESIONAL
 ENTIDAD CON FINES DE LUCRO
 ENTIDAD SIN FINES DE LUCRO
 ENTIDAD RELIGIOSA
 INDIVIDUAL
 OTRA: _____

5. ¿DESDE CUANDO ES PROPIETARIO / TITULAR?

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

8. CUAL ES SU NIVEL DE ATENCIÓN:

III, IV.

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. INFORMACIÓN ACERCA DEL DIRECTOR MÉDICO

1. NOMBRE COMPLETO

Jefferson Ocaro Montaña

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

CARGO DESEMPEÑADO	TIEMPO	NOMBRE DE LA ENTIDAD	CIUDAD	TELÉFONO
Subgerente Ser. Salud		HUV	Calif	6200000
Dir. Facultad Salud	7 años	USACA	Calif	
Subgerente		IPS Oper. Unidad Vida	Calif	

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

1. NOMBRE COMPLETO

Iryna Torres Castro

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

CARGO DESEMPEÑADO	TIEMPO	NOMBRE DE LA ENTIDAD	CIUDAD	TELÉFONO
Gerente General	5 años	Hospital Maria Correa	Calif	3180020

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 NO
- B. EVALUACIÓN DE CALIDAD DE SERVICIOS A LOS PACIENTES SI NO
- C. EVALUACIÓN DEL TRABAJO REALIZADO POR LOS MIEMBROS DEL CUERPO MÉDICO SI NO
- D. ENCARGADO DEL PROGRAMA DE SEGUROS SI NO

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

SI NO

SECCIÓN II. COBERTURA SOLICITADA

1. VIGENCIA DESDE

Marzo 22

VIGENCIA HASTA

Diciembre 31

2. SUMA ASEGURADA

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: Allianz
- LÍMITE(S) ASEGURADO(S):
- VIGENCIA(S):

SECCIÓN III. TIPO DE INSTITUCIÓN

PÚBLICA PRIVADA OTRA:

- HOSPITAL GENERAL HOSPITAL CON ENSEÑANZA UNIVERSITARIA HOSPITAL PEDIÁTRICO
- HOSPITAL DE MATERNIDAD H. HOSPITAL PSIQUIÁTRICO HOSPITAL CARDIOVASCULAR
- CLÍNICA OTRO

SECCIÓN IV. INSTALACIONES, EQUIPOS DE SEGURIDAD Y PLANTA FUNCIONAL

A. INFORMACIÓN ACERCA DE LA INSTITUCIÓN

1. AÑO DE CONSTRUCCIÓN

1956

MATERIAL (adobe, bloque, concreto armado, etc)

bloque

NÚMERO DE PISOS

7

ÁREA TOTAL EN METROS CUADRADOS

2. CONSTRUIDO PARA BRINDAR SERVICIOS DE SALUD SEGÚN LAS NORMAS

REMODELADO: AÑO DE ÚLTIMA REMODELACIÓN 2018

3. AÑO DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN DEL SISTEMA ELÉCTRICO:

2015

B. EQUIPOS DE SEGURIDAD

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

- ROCIADORES AUTOMÁTICOS RESERVA AGUA P/INCENDIO _____ Lts
 ÁREA TOTAL DE PROTECCIÓN APROX: _____ M² ROCIADORES AUTOMÁTICOS EN HABITACIONES DE INTERNACIÓN
 ALARMAS AUTOMÁTICAS PARA INCENDIO CONECTADAS:
 LOCALMENTE AL CUERPO DE BOMBEROS DETECTORES DE HUMO ELÉCTRICOS
 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? 2 veces al año

5. ¿CUAL ES LA DISTANCIA APROXIMADA AL DEPARTAMENTO DE BOMBEROS MÁS CERCANO? 3 Km.

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

SECCIÓN V. SERVICIOS PRESTADOS

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

	NÚMERO DE CAMAS HABILITADAS	PROMEDIO ANUAL DE OCUPACIÓN (*)
1. Cuidado intensivo para adultos	46	100%
2. Cuidado intensivo para infantes / bebés	28	100%
3. Cunas para recién nacidos	1	100%
4. Rehabilitación / terapia	189.485 CONSULTAS EN EL AÑO	100%
5. Abuso de drogas / alcohol	- 0 -	- 0 -
6. Psiquiatría	22	96%
7. Pacientes terminales (cuidado paliativo)	- 0 -	- 0 -
8. Cuidados geriátricos	- 0 -	- 0 -
9. Otras: (especifique)	303 (HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA, ADULTOS, QUÉMADOS, CUIDADO INICIALMENTE)	98%

(*) 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

	NÚMERO DE PACIENTES
Sala de emergencia	20318
Cirugía con internación	16197
Cirugía sin internación (ambulatoria)	9708
Sala de partos	2843
Rehabilitación / terapia	166805
Abuso de drogas / alcohol	
Psiquiatría	581
Radiología (Imágenes, ecografía, rayos-x)	90458
Terapia radiante	
Laboratorio (patología)	541523
Cardiología	
Otras (especifique):	
NÚMERO TOTAL DE PACIENTES	

NOTA

Una visita se determina como el paso del paciente por el umbral de la puerta de la institución sin importar la cantidad de servicios recibidos durante esa misma visita. Por ejemplo: un médico refiere un paciente al hospital para exámenes de laboratorio y para placas de rayos-x. Esto se contará como UNA sola visita.

C. SERVICIOS ESPECIALES

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

SECCIÓN VI. CUERPO MÉDICO

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):

105 MÉDICOS EMPLEADOS

110 OTROS PROFESIONALES EMPLEADOS

____ MÉDICOS NO EMPLEADOS

____ OTROS PROFESIONALES NO EMPLEADOS

SECCIÓN 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 DILIGENCIE EL SIGUIENTE CUADRO RELACIONANDO LOS RECLAMOS O HECHOS DE LOS ÚLTIMOS CINCO AÑOS:

APELLIDO Y NOMBRE DEL RECLAMANTE	FECHA DE OCURRENCIA	ESTADO: A = ABIERTO T = TERMINADO	DEMANDA S = SI N = NO	FECHA TERMINADO	RESERVA O MONTO PAGADO	DESCRIPCION 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 Santiago de Cali Marzo 11 / 2019

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL 

NOMBRE Irne Torres Castro

CARGO Gerente General Hospital Universitario del Valle

ACLARACIÓN _____