

Límite Asegurado: _____

5.5. Le ha sido rehusada o cancelada la póliza de Responsabilidad Civil Profesional por alguna Compañía de Seguros:

____ SI NO X

En caso afirmativo dar detalles: _____

5.6. Límite de la póliza solicitado: 1.000.000.000

Declaro que las respuestas aquí consignadas y todas las demás condiciones de esta solicitud son verídicas. Acepto que cualquier falsedad en ellas contenida, relevará la Responsabilidad de la Compañía en caso de reclamo. La Compañía no asume la Responsabilidad sino mediante la expedición de la póliza y el pago de la prima.

Firma Autorizada 

Nombre Persona Autorizada Alexandra Gonzalez Moreno

Cargo Persona Autorizada Gerente.

Lugar y Fecha Diciembre 28 de 2020

4.5. Existe un servicio de urgencias con ambulancias propias:

SI NO

En caso afirmativo cuantas ambulancias: _____

5. INFORMACION RESPECTO AL SEGURO.

5.1. Ha tenido alguna reclamación de Responsabilidad Civil Profesional durante los últimos cinco años:

SI NO

En caso afirmativo dar detalles: _____

5.2. Tiene conocimiento de alguna circunstancia que pudiese comprometer su:

Responsabilidad Civil Profesional:

SI NO

En caso afirmativo dar detalles: _____

5.3. Ha tenido alguna reclamación de Responsabilidad Civil Profesional durante los últimos 5 años, o tiene conocimiento de alguna circunstancia que pudiese comprometer su Responsabilidad Civil en general:

SI NO

En caso afirmativo dar detalles: _____

5.4. Ha tenido contratado en los últimos 5 años un seguro Responsabilidad Civil Profesional

SI NO

En caso indicativo informar:

Compañía de Seguros: _____

Vigencia de la póliza: _____

2.5. Otros servicios prestados: _____

3. INFORMACION SOBRE PERSONAL Y EQUIPO.

3.1. Número de médicos bajo relación (Grupo A) y de médicos con autorización para ejercer su profesión en los predios de la institución (Grupo B), según sus especializaciones de acuerdo al siguiente esquema:

	Grupo A	Grupo B
• Anestesiólogos, Ginecólogos, Ginecobstetras:	<u>3</u>	<u>13</u>
• Cirujanos, Ortopedia, Urología, Oftalmología, Radiología:	<u>2</u>	<u>6</u>
• Odontólogos, Ortodoncistas:	<u>2</u>	<u>6</u>
• Demás médicos:	<u>16</u>	<u>61</u>

3.2. Número de personal de planta (sin los médicos mencionados en el punto 3.1) Incluyendo personal paramédico, administrativo, etc.: 28

3.3. Número de camas disponibles para pacientes: 175

3.4. Existe uno o varios de los siguientes equipos:
 Equipos de radiografía con fines de diagnóstico.
 Equipos de Rayos X para terapéutica.
 Equipos de tomografías por ordenador - Scanner.
 Equipos de radiación por isótopos para terapéutica.
 Equipos de generación de Rayos Láser.
 Equipos de medicina nuclear, incluyendo las materias radiactivas.

4. INFORMACION SOBRE OTROS RIESGOS.

4.1. Existe un Banco de Sangre:
 SI NO

4.2. Se suministra conservas de sangre a otras instituciones:
 SI NO
En caso afirmativo en que porcentaje: _____

4.3. Existe una farmacia propia:
 SI NO
En caso afirmativo cuantos farmacéuticos titulados: _____

4.4. Existe un laboratorio propio de análisis clínicos:
 SI NO
En caso afirmativo cuantos químicos titulados: _____

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL
RC PROFESIONAL CLÍNICAS, HOSPITALES Y OTROS ESTABLECIMIENTOS DE SANIDAD

SOLICITUD

1. INFORMACIÓN GENERAL.

- 1.1. Nombre o razón social de la institución: ESE Hospital Mario Gaitan Yanguas S.A
- 1.2. N.I.T.: 800006850
- 1.3. Domicilio: Calle 13 10 48
- 1.4. Quienes son los propietarios de la institución: _____

 Instituto de Seguros Sociales
 Departamento
 Municipios
 Accionistas Particulares
 Otros
- 1.5. Número de registro de la Secretaria de Salud: 2575400380-01
- 1.6. Año de Fundación: Marzo 22 de 1996
- 1.7. Número promedio anual de pacientes:
1250 En tratamiento ambulante
888 Hospitalizados

2. INFORMACIÓN SOBRE SERVICIOS.

- 2.1. Se prestan los servicios médicos inherentes a la actividad de una clínica u hospital:
 SI NO _____
- 2.2. Se prestan exclusivamente servicios de tratamiento pre-hospitalario:
____ SI NO X _____
- 2.3. Se trata de un establecimiento psiquiátrico o de una clínica de reposo:
____ SI NO X _____
- 2.4. Se trata de una clínica geriátrica:
____ SI NO X _____