

**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: E.S.E. HOSPITAL MARIO  
GAITAN YANQUAS DE SOACHA
- 1.2. N.I.T.: 800.006 850 - 3
- 1.3. Domicilio: Calle 13 No. 9-85 / SCDE ADMINISTRATIVA
- 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 Secretaría de Salud: 2575400380-01
- 1.6. Año de Fundación: 1983
- 1.7. Número promedio anual de pacientes:  
130.000 En tratamiento ambulante  
9.000 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
- 2.3. Se trata de un establecimiento psiquiátrico o de una clínica de reposo:  
\_\_\_\_\_ SI      NO
- 2.4. Se trata de una clínica geriátrica:  
\_\_\_\_\_ SI      NO

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>2</u>	<u>12</u>
• Cirujanos, Ortopedia, Urología, Oftalmología, Radiología:	<u>2</u>	<u>7</u>
• Odontólogos, Ortodoncistas:	<u>3</u>	<u>12</u>
• Demás médicos:	<u>12</u>	<u>43</u>

3.2. Número de personal de planta (sin los médicos mencionados en el punto 3.1) Incluyendo personal paramédico, administrativo, etc.: 59

3.3. Número de camas disponibles para pacientes: 81

- 3.4. Existe uno o varios de los siguientes equipos:
- 3 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 X

4.2. Se suministra conservas de sangre a otras instituciones:  
- SI      NO X  
En caso afirmativo en que porcentaje: \_\_\_\_\_

4.3. Existe una farmacia propia:  
- SI      NO X  
En caso afirmativo cuantos farmacéuticos titulados: \_\_\_\_\_

4.4. Existe un laboratorio propio de análisis clínicos:  
- SI      NO X  
En caso afirmativo cuantos químicos titulados: \_\_\_\_\_

4.5. Existe un servicio de urgencias con ambulancias propias:

SI      NO

En caso afirmativo cuantas ambulancias: 12

**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: \_\_\_\_\_

Limite Asegurado: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_ SI      NO

En caso afirmativo dar detalles: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5.6. Limite de la póliza solicitado: \$ 1'000.000

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 Juis Efraín fernández Otálora

Cargo Persona Autorizada Gerente

Lugar y Fecha Boacha - 31/enero/2020