

CUESTIONARIO DE INFIDELIDAD Y RIESGOS FINANCIEROS

MUY IMPORTANTE: AL DILIGENCIAR EL PRESENTE DOCUMENTO ES NECESARIO RESPONDER LAS PREGUNTAS CON TODA PRECISION Y DE ACUERDO COMO SON LA REALIDAD DE LOS PROCEDIMIENTOS O SEGURIDADES DENTRO DE LA EMPRESA (SE DEBE RESPONDER SEGÚN LA REALIDAD DEL RIESGO PODRIA CAUSAR LA PERDIDA DE LA INDEMNIZACION.

ES IMPORTANTE QUE EN CASO DE DUDA EN CUALQUIER PREGUNTA SE ASESOREN DE SU CORREDOR DE SEGUROS O EN SU DEFECTO CON LA PREVISORA S.A.

1. INFORMACION DEL ASEGURADO

A. NOMBRE DEL ASEGURADO: INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA ESE

B. INDICAR LAS PRINCIPALES ACTIVIDADES DEL ASEGURADOR (BREVE):

Somos una institución del estado Colombiano en su orden nacional, que trabaja por el control integral del cáncer a través de la atención de pacientes oncológicos, la investigación, la formación de talento humano y el desarrollo de acciones en salud pública.

C. DIRECCION PRINCIPAL: _Calle 1 No. 9 85

D. TIPO DE ORGANIZACIÓN EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

E. NUMERO TOTAL DE ACCIONISTAS : _N/A

F. ¿ALGUNAS DE LAS PERSONAS U ORGANIZACIÓN ES PROPIETARIA DE MAS DEL 10% DE LAS ACCIONES ?

SI ☐ NO ☒

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA FAVOR ENUMERAR NOMBRES Y PORCENTAJES:

G. FECHA DE FUNDACION : __ 20 de Julio de 1934

H. FAVOR ADJUNTAR EL ULTIMO REPORTE ANUAL SI HA SIDO PUBLICADO. DE OTRA MANERA ANEXE EL ESTADO FINANCIERO MAS RECIENTE Y UNA LISTA DE DIRECTORES CON SUS HOJAS DE VIDA.

CAROLINA WIESNER CEBALLOS
RAUL HERNANDO MURILLO MORENO
CARLOS VICENTE RADA ESCOBAR
CARLOS JOSE CASTRO ESPINOSA
JUAN MANUEL ZEA

I. FAVOR ADJUNTAR UNA LISTA DE TODAS LAS SUBSIDIARIAS Y AFILIADAS A SER CUBIERTAS, SU NEGOCIO PRINCIPAL, ACTIVIDADES Y PORCENTAJE DE PROPIEDAD DEL ASEGURADO.

NO APLICA

2. INFORMACION FINANCIERA

EN MILLONES		AÑO	AÑO	AÑO
		2014	2013	2012
A. INGRESOS		197.841	196.753	162.844
B. UTILIDADES O PERDIDAS NETAS		12.146	9.321	3.293
C. CAPITAL		169.702	160.376	157.520
D. GANANCIAS RETENIDAS		-	-	-
E. SUPERAVIT DE CAPITAL		13.438	13.438	13.438
F. ACTIVOS CORRIENTES TOTALES		97.171	75.411	74.390
G. PASIVOS CORRIENTES TOTALES		6.507	6.554	7.748
H. FLUJO DE CAJA				

3. NATURALEZA DEL NEGOCIO

J. NEGOCIO PRINCIPAL Y CONTRIBUCION APROXIMADA A LOS INGRESOS

Somos una institución del estado Colombiano en su orden nacional, que trabaja por el control integral del cáncer a través de la atención de pacientes oncológicos, la investigación, la formación de talento humano y el desarrollo de acciones en salud pública.

K. EN EL CURSO DEL NEGOCIO EL ASEGURADO :

1. SE INVOLUCRA EN NEGOCIACION DE TITULOS VALORES, MERCANCIAS, DIVISAS, ETC.

SI ☐ NO ☒

2. ¿HACE PRESTAMOS O CREDITOS EXTENDIDOS?

SI ☐ NO ☒

3. ¿EXPIDE RECIBOS DE BODEGA?

SI ☐ NO ☒

4. ¿TRANSPORTA O ALMACENA VALORES PARA OTROS?

SI ☐ NO ☒

5. ¿SE INVOLUCRA EN LEASING?

SI ☐ NO ☒

SI CUALQUIERA DE LAS ANTERIORES ES POSITIVA FAVOR ADJUNTAR DETALLES SOBRE LAS PARTICULARIDADES / ALCANCE DE TALES ACTIVIDADES Y LOS CONTROLES QUE SE EJERCEN, ESPECIALMENTE A VENEDORES {

4. EMPLEADOS Y OFICINAS

A. NUMERO TOTAL DE EMPLEADOS UBICADO EN COLOMBIA

773 empleados de planta mas 20 transitorios y 94 contratistas

B. CLASE 1. EMPLEADOS LOCALIZADOS EN COLOMBIA

DIRECTOR GENERAL ____ CAROLINA WIESNER CEBALLOS

SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO JUAN JOSE PEREZ ACEVEDO

SUBDIRECTOR MEDICO JESUS ANTONIO ACOSTA

SUBDIRECTOR DE INVESTIGACIONES ESTHER DE VRIE

TESORERO: MARIA BERNARDITA JARA PARRADO

ASISTENTE TESORERIA AUXILIAR DE TESORERIA: NINFA VALBUENA, XIOMARA RUBIANO

CAJEROS RUBIELA CRUZ, LUIS MENDEZ (GAICA)

CONTADORES Y AUDITORES ROSA EMILIA RODRIGUEZ LIEVANO

ENCARGADOS LIBROS DE CONTABILIDAD TODOS-CONTADOR

ENCARGADOS DE MANEJO DE EFECTIVO RUBIELA CRUZ LUIS MENDEZ

ENCARGADOS DE NOMINA ERNOFAL TRUJILLO

TOTAL CLASE 1 12

C. INDIQUE EL NUMERO DE PERSONAS Y CARGOS QUE TIENEN A LOS TITULOS VALORES Y DINERO EN EFECTIVO, SI SE REQUIER, ADJUNTAR VALORES Y CARGOS.

DINERO EN EFECTIVO

PRINCIPAL		SUCURSALES / AGENCIAS	
N° Personas	Cargos	N° Personas	Cargos
2	AUXILIARES		
1	COORDINADORES		

TITULOS VALORES

PRINCIPAL		SUCURSALES / AGENCIAS	
N° Personas	Cargos	N° Personas	Cargos
1	COORDINADOR		

D. NUMERO DE PREDIOS DENTRO DE COLOMBIA

VENTAS POR MENOR N.A.

N.A.

VENTAS AL POR MAYOR N.A.

N.A.

DISTRIBUCION N.A.

N.A.

MANUFACTURERA N.A.

N.A.

OFICINA PRINCIPAL N.A.

N.A.

OFICINA REGIONAL	N.A
	N.A
SUCURSAL	N.A
	N.A
OTRAS	N.A

E. EMPLEADOS EXTRANJEROS Y PREDIOS

CIUDAD	N°. EMPLEADOS	OFICINA	NATURALEZA DEL NEGOCIO
N.A			

TOTAL : _____

5. AUDITORES

F. AUDITORIA EXTERNA :

¿ SON SUS LIBROS AUDITADOS POR UN AUDITOR EXTERNO INDEPENDIENTE?

SI ☒ NO ☐

SI LO ANTERIOR ES POSITIVO :

1. NOMBRE Y DIRECCION DEL AUDITOR : _____ BDO AUDIT S.A

2. FRECUENCIA DE LA AUDITORIA : _____ MENSUAL

3. ¿ SON ESTAS AUDITORIAS COMPLETAS Y SIN CONDICIONAMIENTO?

SI ☒ NO ☐

SI LO ANTERIOR ES NEGATIVO, DESCRIBA LAS LIMITACIONES :

4. ¿ TODAS LAS LOCALIDADES Y ENTIDADES SON AUDITADAS?

SI ☒ NO ☐

SI LO ANTERIOR ES NEGATIVO, DESCRIBA HASTA DONDE VA LA AUDITORIA :

5. ¿HA CAMBIADO USTED DE AUDITORES EXTERNOS INDEPENDIENTES EN LOS ULTIMOS 5 AÑOS

SI ☐ NO ☒

SI LO ANTERIOR ES POSITIVO, SEÑALE LOS NOMBRES DE LOS AUDITORES Y LA RAZON POR LA QUE FUERON MODIFICADOS :

6. ¿ LOS AUDITORES EXTERNOS INDEPENDIENTES REVISAN SU SISTEMA DE CONTROL INTERNO Y EXPIDEN REPORTES ESCRITOS?

SI ☐ NO ☒

7. ¿LOS AUDITORES EXTERNOS INDEPENDIENTES HAN REALIZADO ALGUNA RECOMENDACIÓN DURANTE LAS DOS ULTIMAS AUDITORIAS QUE NO HAYA SIDO ADOPTADA?

SI ☐ NO ☒

SI LO ANTERIOR ES POSITIVO, SUMINISTRAR DETALLES DE LAS RECOMENDACIONES Y LAS RAZONES POR LAS QUE NO SE ADOPTARON :

8. LOS AUDITORES EXTERNOS INDEPENDIENTES ENVIAN SU REPORTE DIRECTAMENTE A LA JUNTA DIRECTIVA.

SI ☐ NO ☒

SI LA RESPUESTA ES NEGATIVA, ¿A QUIEN REPORTAN?
A LA DIRECCION GENERAL DE INSTITUTO

G. AUDITORIA INTERNA

¿TIENE USTED UN DEPARTAMENTO DE AUDITORIA INTERNA?

SI ☐ NO ☒

NOTA: NO SE CUENTA CON UN GRUPO DE AUDITORIA INTERNA, SE CUENTA CON CONTROL INTERNO Y CONTROL INTERNO DISCIPLINARIA
SE ACLARA QUE EL INSTITUTO CUENTA CON AUDITORIA INTERNA ENFOCADA A LOS PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS.

ESTAMOS CERTIFICADOS Y SE ESTA REALIZANDO TRAMITES PARA ACREDITACION

SI LO ANTERIOR ES POSITIVO

1. ¿EL DEPARTAMENTO REPORTA DIRECTAMENTE A LA JUNTA DIRECTIVA?

SI ☐ NO ☐

SI LA RESPUESTA ES NEGATIVA, ¿A QUIEN REPORTAN?
N.A

2. ¿CUANTOS EMPLEADOS SON DESIGNADOS PARA AUDITORIA INTERNA?

SEGÚN ACLARACIÓN

23

3. ¿TIENE USTED ALGUN MANUAL DE AUDITORIA Y PROCEDIMIENTO DE CONTROL?

SI ☒ NO ☐

4. ¿CADA CUANTO (EN UN AÑO) SE REALIZAN AUDITORIAS INTERNAS COMPLETAS?
ANUALMENTE SE PRIORIZAN LAS AUDITORIAS INTERNAS QUE SE REALIZARAN Y QUE SON APROBADAS EN EL PROGRAMA ACTUAL DE AUDITORIAS INTERNAS.

5. ¿TODAS LAS LOCALIDADES, INCLUYENDO LAS FACILIDADES DE PROCESAMIENTO ELECTRONICO ESTAN INCLUIDAS?

SI ☐ NO ☒

6. ¿SE HACEN REPORTE ESCRITOS?

SI ☒ NO ☐

¿A QUIEN SE ENVIAN?

7. ¿HAY EMPLEADOS DEL DEPARTAMENTO DE AUDITORIA EXTERNA QUE SEAN DESIGNADOS A HACER OPERACIONES FORANEAS?

SI ☐ NO ☒

¿A COMPAÑIAS SUBSIDIADAS?

SI ☐ NO ☒

SI LO ANTERIOR ES AFIRMATIVO, DESCRIBA SUS CANALES DE REPORTE E INDIQUE SU RELACION CON LA GERENCIA LOCAL (PARTICULARMENTE CON RESPECTO A LA VIGILANCIA DE LA GERENCIA LOCAL Y ASUNTOS

6. CONTROLES

A. COMPRAS, INVENTARIO Y CONCILIACION DE CUENTAS

1. ¿MANTIENE USTED UNA LISTA ACTUALIZADA DE VENDEDORES APROBADOS?

SI ☐ NO ☐ N.A.

2. ¿UTILIZA USTED FORMATOS DE COMPRA CON NUMEROS PREIMPRESOS SERIALES, ORDENES DE PAGO, REPORTE DE RECIBOS Y SOLICITUD DE CUPONES DE CHEQUES?

SI ☒ NO ☐

3. ¿ANTES DEL PAGO, SON CONCILIADAS LAS ORDENES DE PAGO, RECIBOS DE VENTAS Y LOS DOCUMENTOS DE RECIBOS Y LA INFORMACION DEL VENDEDOR COMPARADA CON LA LISTA APROBADA DE VENDEDORES

SI ☒ NO ☐

4. ¿TODAS LAS ORDENES SON CONFIRMADAS CON LOS VENDEDORES POR ALGUIEN NO ASIGNADO A COMPRAR O RECIBIR?

SI ☐ NO ☒

5. ¿MANTIENE USTED UNA DIVISION Estricta DE FUNCIONES CON RESPECTO A COMPRAS, RECIBOS, PAGOS Y CONTABILIDAD?

SI ☒ NO ☐

6. ¿LOS COMPRADORES Y ASISTENTES DE COMPRA ESTAN SUJETOS A ALGUN LIMITE ESPECIFICO DE AUTORIZACION?

SI ☐ NO ☐

ACLARACION: EL GRUPO DE COMPRAS REALIZA LOS TRAMITES PERTINENTES PARA LA CONSECUSSION DE LOS INSUMOS Y OFERENTES. ESTAS PROPUESTAS SON PRESENTADAS AL COMITE DE ADQUISICIONES, PRESIDIDO POR EL DIRECTOR GENERAL.

7. ¿SE HACE UN INVENTARIO COMPLETO DE MERCANCIAS Y EQUIPO?

SI ☒ NO ☐

FAVOR SUMINISTRAR DETALLES (SOBRE QUE, POR QUIEN Y CON QUE FRECUENCIA)

SE REALIZAN INVENTARIOS ALEATORIOS, MENSUALMENTE Y AL FINAL DEL AÑO UNO OBLIGATORIO

8. ¿RECONCILIA USTED MENSUALMENTE LOS EXTRACTOS BANCARIOS?

SI ☒ NO ☐

9. ¿LOS EMPLEADOS QUE CONCILIAN LOS EXTRACTOS BANCARIOS MENSUALES TAMBIEN FIRMAN CHEQUES?

SI ☐ NO ☒

¿MANEJAN DEPOSITOS?

SI ☒ NO ☐

¿TIENEN ACCESO A MAQUINAS FIRMADORAS DE CHEQUES?

SI ☐ NO ☒

¿TIENES ACCESO A TERMINALES DE TRANSFERENCIA ELECTRICA DE FONDOS O PROTOCOLOS?

SI ☒ NO ☐

SI SE RESPONDE POSITIVAMENTE A CUALQUIERA DE LAS ANTERIORES PREGUNTAS, ¿ESTA USTED DISPUESTO A RECTIFICAR ESTAS DEBILIDADES?

SI ☒ NO ☐

¿O TIENE USTED OTROS CONTROLES CON EL FIN DE PREVENIR PERDIDAS QUE SURGAN DE TALES DEBILIDADES?

SI ☒ NO ☐

SI LO ANTERIOR ES POSITIVO, DESCRIBALOS

SEGÚN LOS ESTABLECIDOS EN LOS PROTOCOLOS Y PROCEDIMIENTOS INSTITUCIONALES

B. PROCESAMIENTO ELECTRICO DE DATOS (P.E.D) Y TRANSFERENCIAS EN LINEA (E.D.P.)

1. FAVOR ADJUNTAR UNA LISTA DE SUS FACILIDADES DE P.E.D. INCLUYENDO NUMERO DE TERMINALES EN LINEA Y DE HARDWARE, Y PORCENTAJE DE LA ACTUALIDAD DEL TERMINAL AL QUE SE LLAMA / MARCA

LOS PCS E IMPRESORAS ESTAN EN OUTSUORG

2. ¿ESTA LA SUPERVISION DE EMPLEADOS INVOLUCRADA EN EL PROCESAMIENTO ELECTRONICO DE DATOS Y/O LA TRANSFERENCIA DE FONDOS EN LINEA SIMILAR A LA DE OTROS EMPLEADOS QUE TENGAN ACCESO A PROPIEDAD DE VALOR?

SI ☒ NO ☐

EXPLICAR UNICAMENTE EL TESORERO

3. ¿LOS PROGRAMADORES DE COMPUTADORES SE ROTAN PERIODICAMENTE PARA MINIMIZAR EL RIESGO?

SI ☒ NO ☐

4. ¿LAS FUNCIONES DE PROGRAMACION Y PROCESAMIENTO OPERACIONALMENTE Y FISICAMENTE ESTAN SEPARADAS?

SI ☒ NO ☐

5. ¿EL ACCESO A FACILIDADES DE P.E.D. ESTA LIMITADA A PERSONAL AUTORIZADO?

SI ☒ NO ☐

6. ¿POSEE USTED UN LOGO DE USUARIOS AUTOMATICO Y UN MANUAL DE USO DEL LOGO? ¿USO?

SI ☒ NO ☐

7. ¿AL MENOS DOS EMPLEADOS ESTAN TRABAJANDO DURANTE CUALQUIER TURNO DEL P.E.D.?

SI ☒ NO ☐

8. ¿LAS OPERACIONES COMPUTARIZADAS DE ESCRITURA DE CHEQUES ESTAN SEPARADAS DE LOS DEPARTAMENTOS QUE AUTORIZAN CHEQUES?

SI ☒ NO ☐

9. ¿LAS CLAVES SON UTILIZADAS PARA PERMITIR DIFERENTES NIVELES DE ACCESO AL COMPUTADOR?

SI ☒ NO ☐

¿Y LAS CLAVES SON CAMBIADAS CUANDO UN EMPLEADO QUE LAS POSEE ABANDONA LA COMPAÑÍA?

SI ☒ NO ☐

10. ¿TIENE USTED UN PROGRAMA DE AUDITORIA DE P.E.D. EN OPERACIÓN?

SI ☒ NO ☐

SI NO, DESCRIBA EL AMBITO DE LA AUDITORIA ACTUAL :

11. ¿SU DEPARTAMENTO DE AUDITORIA INTERNA TIENE ENTRENAMIENTO Y EXPERIENCIA EN AUDITORIA DE P.E.D.?

SI ☐ NO ☒

DESCRIBALA :

12. CON RESPECTO A TRANSFERENCIA ELECTRONICA DE FONDOS :

a. ¿CUAL ES SU VOLUMEN APROXIMADO DE TRANSACCIONES?

MENSUAL PROVEEDORES DE 100 A 150 MILLONES

PAGO NOMINA A 800 EMPLEADOS APROX.

b. ¿CUAL ES SU VOLUMEN MAXIMO APROXIMADO DE TRANSACCIONES?

DIARIO MAXIMO 5 MILLONES

c. ¿CUAL ES LA CANTIDAD MAXIMA INDIVIDUAL TRANSFERIDA?

DIARIO MAXIMO 5 MILLONES

13. ¿MANTIENE USTED UN MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ACTUALIZADO QUE CUBRA LAS TRANSACCIONES DE FONDOS EN LINEA?

SI, PROCEDIMIENTO DESCRITO EN SIAPINC

14. ¿Quién ESTA AUTORIZADO PARA TRANSFERIR FONDOS EN LINEA, Y CUALES SON LOS LIMITES DE SU AUTORIDAD?

EL COORDINADOR DE LA TESORERIA DIARIO 5 MILLONES

15. ¿EMPLEA USTED UN PROCEDIMIENTO DE DEVOLUCION DE LLAMADA A UNA PERSONA DIFERENTE DE LA QUE INICIO LA TRANSFERENCIA?

SI ☐ NO ☒

16. COMO TRANSMITE USTED LAS INSTRUCCIONES DE TRANSFERENCIA (TELEFONO, TERMINALES DEDICADAS, TELEX, ETC.)
TERMINALES

17. ¿MANTIENE USTED CUENTAS CON SALDO CERO?

SI ☐ NO ☒

SI LO ANTERIOR ES POSITIVO, ¿CUAL ES SU PROCEDIMIENTO PARA CONSTITUIR CUENTAS Y PARA CAMBIAR LAS INSTRUCCIONES AL BANCO?

18. ¿RECIBE USTED COPIAS DE CONFIRMACION DE TODAS LAS TRANSACCIONES EN LINEA Y SON ESTAS ENVIADAS DIRECTAMENTE A UN DEPARTAMENTO NO AUTORIZADO PARA INICIAR TRANSFERENCIAS?

SI ☐ NO ☒

C. GENERAL

1. ¿TIENE USTED UN MANUAL DE OPERACIONES O INSTRUCCIONES SIMILARES ESCRITAS QUE CUBRAN TODOS LOS ASPECTOS DE SUS NEGOCIOS?

SI ☒ NO ☐

¿Y TODOS LOS EMPLEADOS CONOCEN SU CONTENIDO EN LO QUE A ELLOS RESPECTA?

SI ☒ NO ☐

2. ¿TIENE USTED UN DEPARTAMENTO DE SEGURIDAD?

SI ☐ NO ☒

3. ¿ESTE DEPARTAMENTO REPORTA DIRECTAMENTE A LA JUNTA DIRECTIVA?

SI ☒ NO ☐

SI LO ANTERIOR ES NEGATIVO, ¿A QUIEN REPORTA?
SE TIENE VIGILANCIA PRIVADA VIGIAS DE COLOMBIA

4. ¿CUANTOS EMPLEADOS SON ASIGNADOS AL DEPARTAMENTO DE SEGURIDAD?

56

5. ¿TIENE USTED UN MANUAL DE SEGURIDAD?

SI ☒ NO ☐

6. ¿MANTIENE USTED UN SISTEMA DE CUSTODIA CONJUNTA Y CONTROL DUAL CON RESPECTO A EFECTIVO, CHEQUES, TITULOS VALORES NEGOCIABLES, LLAVES DE LAS CAJAS FUERTES Y CAJILLAS DE SEGURIDAD,

SI ☒ NO ☐

7. ¿REQUIERE USTED DOBLE FIRMA EN TODOS LOS CHEQUES?

SI ☒ NO ☐

SI LO ANTERIOR ES NEGATIVO EXPLIQUE LOS CONTROLES UTILIZADOS PARA PREVENIR EL ABUSO.

8. SI USTED UTILIZA CAJILLAS DE SEGURIDAD, ¿SE LE HA REQUERIDO AL DEPOSITARIO LA PRESENCIA DE DOS EMPLEADOS ANTES DE QUE SEA PERMITIDA LA ENTRADA A CUALQUIER CAJILLA?

SI ☐ NO ☐ N.A.

SI LO ANTERIOR ES NEGATIVO LISTAR EL NOMBRE DE LAS PERSONAS Y CARGO A LAS QUE SE LES PERMITE ENTRADA INDIVIDUAL

9. ¿REQUIERE USTED QUE TODOS LOS EMPLEADOS TOMEN AL MENOS DOS SEMANAS CONSECUTIVAS DE VACACIONES ININTERRUMPIDAS DURANTE CADA AÑO?

SI ☒ NO ☐

SI NO, DAR DETALLES

SE REALIZA UN PROCEDIMIENTO ESTABLECIDO EN SIAPINC

10. ¿COMO SELECCIONA USTED EMPLEADOS POTENCIALES (CHEQUEOS DE CREDITO, POLICIA O DAS, PREVIOS EMPLEADORES, APLICACIONES INDIVIDUALES, ETC.) SI SUS PROCEDIMIENTOS DIFIEREN PARA LAS DISTINTAS FAVOR SUMINISTRAR POR ANEXO DETALLES DE CADA UNO.
POR CONCURSO

11. ¿CUAL ES LA TASA DE INGRESO AROXIMADO ANUAL CON RESPECTO A EMPLEADOS PROFESIONALES DE NIVEL GERENCIAL?

1%

12. ¿COMO SE COMPARA DICHA TASA NORMAL PARA SU NEGOCIO? Y SI ES SUPERIOR, ¿CUAL ES LA RAZON PARA LA DIFERENCIA?

N.A

13. FAVOR DESCRIBA SU ORGANIZACIÓN EN TERMINOS DE SU ESTILO GERENCIAL, LINEAS DE REPORTAR Y AUTORIDAD (CENTRALIZADA O DESCENTRALIZADA; ESTRUCTURADA O DESTRUCTURADA; EMPRESARIAL O BUROCRATICA)

ADJUNTO ORGANIGRAMA

14. EN LOS ULTIMOS 6 AÑOS, ¿EL ASEGURADO Y/O CUALQUIERA DE SUS DIRECTORES SE HA VISTO INVOLUCRADO EN CUALQUIER ACCION CIVIL, PENAL O ADMINISTRATIVA CON RESPECTO A VIOLACION DE

SI ☐ NO ☒

SI LO ANTERIOR ES POSITIVO FAVOR SUMINISTRAR DETALLES COMPLETOS:

15. SEGÚN SU MEJOR CONOCIMIENTO, ALGUNO DE LOS EMPLEADOS O DIRECTORES DEL ASEGURADO ¿ HA COMETIDO O SE HA VISTO IMPLICADO EN LA COMISION DE ACTOS FRAUDULENTOS O DESHONESTOS? (AL

SI ☐ NO ☒

SI LO ANTERIOR ES POSITIVO, FAVOR DAR DETALLES :

NOTA : LAS POLIZAS DE FIDELIDAD EXCLUYEN COBERTURA PARA PERDIDAS CAUSADAS POR EMPLEADOS DE LOS CUALES EL ASEGURADO HAYA TENIDO CONOCIMIENTO DE QUE HUBIESEN ESTADO IMPLICADOS EN UN

7. PREDIOS Y TRANSITO

A. ¿ TIENEN NOMINA EN EFECTIVO?

SI ☐ NO ☒

SI LO ANTERIOR ES POSITIVO, SUMINISTRAR DETALLES COMPLETOS EN HOJA SEPARADA, INCLUYENDO LOCALIDADES, CANTIDADES MAXIMAS, NUMERO DE GUARDIAS, TIPOS Y CLASES DE CAJAS DE SEGURIDAD,

B. ¿ TIENE USTED METALES PRECIOSOS, PIEDRAS O MATERIALES DE ALTO VALOR?

SI ☐ NO ☒

SI LO ANTERIOR ES POSITIVO FAVOR SUMINISTRAR DETALLES COMPLETOS EN HOJA SEPARADA DE LAS LOCALIDADES, CANTIDADES, TIPO DE MATERIALES, TIPO DE CAJAS DE SEGURIDAD Y ALARMAS, NUMERO DE

C. INDIQUE EL VALOR MAXIMO EXTRACTO DE INFORMACION EN MILES

NOTA: EL INFORME FINANCIERA ES REPORTADO DIRECTAMETNE A LA DIRCCION Y A LA JUNTA DIRECTIVA

	EFFECTIVO	PORTADOR, TITULOS VALORES AL	OTROS VALORES (**)
1. DIRECCION GENERAL			
2. SUCURSALES CON AGENCIAS DEPENDIENTES	N.A		
3. SUCURSALES CON AGENCIAS INDEPENDIENTES	N.A		
4. AGENCIAS	N.A		
5. CENTROS CONTABLES,	N.A		
(**) DESCRIPCION DE OTROS	N.A		

D. INDICAR LA CANTIDAD MAXIMA DE EFECTIVO EN MILES DE PESOS

	EN BOVEDA CAJA FUERTE	CON CUAQUIER CAJERO	CON TODOS LOS CAJEROS
1. DIRECCION GENERAL	N.A.		
2. SUCURSALES CON AGENCIAS DEPENDIENTES	N.A.		
AGENCIAS INDEPENDIENTES	N.A.		
4. AGENCIAS	N.A.		
5. CENTROS CONTABLES,	N.A.		
(**) DESCRIPCION			

E. INDICAR LA CANTIDAD MAXIMA DE EFECTIVO Y VALORES EN TRANSITO (EN MILES) POR REMISION INDIVIDUAL

	CON MENSAJERO	VEICULOS BLINDADOS DE EMPRESA	VEHICULO BLINDADO PROPIO
1. EFECTIVO		5,000,000,00	
2. CANJE ENVIADO			
3. REMESAS NEGOCIADAS Y			
4. CERTIFICADOS			
DESCRIPCION			

F. INDIQUE CUAL ES LA MAXIMA CANTIDAD ACUMULADA DE EFECTIVO, TITULOS VALORES NEGOCIABLES Y/O CHEQUES QUE MANTIENE EN PREDIOS O TRANSPORTA A O DESDE CUALQUIER PREDIO EN EFECTIVO \$100.000.000 MENSUAL

¿ EXISTE TAL ACUMULACION EN TODOS LOS PREDIOS?

SI ☐ NO ☒

* DONDE EXISTA, FAVOR SUMINISTRAR LA SIGUIENTE INFORMACIONEN HOJA SEPARADA :

1. CANTIDADES PROMEDIO Y MAXIMAS POR TIPO DE EXPOSICION (EFECTIVO, CHEQUES, TITULOS VALORES)

EFECTIVO \$100.000.000,00

CHEQUE \$300.000.000,00

2. CLASE Y TIPO DE CAJAS DE SEGURIDAD MAS DETALLES DEL TIPO Y NUMERO DE CERRADURAS

CAJAS FUERTES (3)

3. TIPO Y CLASE DE CUALQUIER SISTEMA DE ALARMA

SENSORES DE MOVIMIENTO, CIRCUITO CERRADO DE TELEVISION

4. NUMERO DE CELADORES LABORANDO EN LOS PREDIOS

5. NUMERO DE MENSAJEROS Y GUARDIAS QUE ACOMPAÑARAN LA PROPIEDAD EN TRANSITO

NINGUNO

6. USO DE CARROS BLINDADOS (VALORES, FRECUENCIA)

DIARIO RESPOSABLE BANCO POPULAR PROMEDIO \$5.000.000,00

7. CUALQUIER OTRA INFORMACION SOBRE LA SEGURIDAD FISICA APLICABLE A SU NEGOCIO O A SUS EXPOSICIONES
SE CUENTA CON LOS MEDIOS DE SEGURIDAD INFORMADOS

INFORMACION DE PERDIDAS

CUADRO DE EXPERIENCIA DE SINIESTROS

FAVOR DAR EN EL ESPACIO SUMINISTRADO ABAJO U HOJA ANEXA, BREVES DETALLES DE CUALQUIER PERDIDA(S), QUE SE HAYA(N) SUFRIDO (BIEN SEAN ASEGURADAS O NO), ANTES DE LA APLICACIÓN DE

FECHA DE OCURRENCIA	FECHA DE DESCUBRIMIENTO	CIUDAD Y OFICINA	FECHA DE DENUNCIA PENAL	CAUSA	MONTO BRUTO	HUBO DETENCION O DESPIDO DE EMPLEADOS A CAUSA DE PARTICIPACION U OMISION
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

A MENOS QUE LA INFORMACION ANTERIOR HAYA SODO SUMINISTRADA ANTES, FAVOR DESCRIBA LAS MADIDAS CORRECTIVAS TOMADAS PARA EVITAR LA REOCURRENCIA

N/A

8. DETALLE DE COBERTURA

A. ¿ TIENE USTED UN SEGURO SIMILAR AL QUE ESTA SOLICITANDO?

SI ☐ NO ☒

SI LO ANTERIOR ES POSITIVO FAVOR SUMINISTRAR LOS SIGUIENTES DETALLES

1. NOMBRE DEL ASEGURADOR

N.A.

2. CLAUSULADO DE LA POLIZA

N.A

3. LIMITES

N/A

4. DEDUCIBLE(S)

N/A

5. ANEXOS ESPECIALES O ENDOSOS ANEXAR COPIA SI LO REQUIERE

N/A

6. PRIMA

N/A

B. ¿ POR QUE ESTA SOLICITANDO ESTE SEGURO AHORA?

EL INSTITUTO REQUIERE TENER TODOS LOS AMPAROS CON QUE CUENTA ESTA POLIZA, A FIN DE EVITAR A FUTURO UNA RECLAMACIÓN

C. ¿ SE LE CANCELO O NEGADO EN LOS ULTIMOS 5 AÑOS ALGUN SEGURO DE COBERTURA SIMILAR?

SI ☐ NO ☒

SI ES AFIRMATIVO SUMINISTRE DETALLES COMPLETOS

N/A

D. COBERTURA REQUERIDA

Amparar las pérdidas patrimoniales causadas al INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA E.S.E. sus reemplazantes cuyos cargos y obligaciones impliquen menoscabo del INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA E.S.E., por infidelidad de riesgos financieros

COBERTURA

INFIDELIDAD DE RIESGOS FINANCIEROS

LIMITE SOLICITADO

\$ 300.000.000,00

¿ CONOCE USTED DE CUALQUIER CIRCUNSTANCIA QUE MATERIALMENTE PUEDA AFECTAR ESTA PROPUESTA?

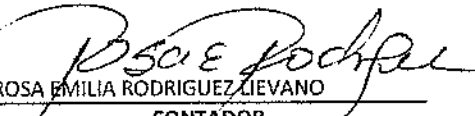
SI ☐ NO ☒

SI ES AFIRMATIVO EXPLIQUE

DECLARAMOS QUE LAS AFIRMACIONES Y DETALLES SUMINISTRADOS EN ESTA PROPUESTA SON CIERTOS Y QUE NO HEMOS SUPRIMIDO NINGUN HECHO MATERIAL. ACORDAMOS QUE ESTA PROPUESTA JUNTO CON

EN FE DE LO CUAL SE FIRMA EN BOGOTÁ A LOS 11 DIAS DEL MES DE MAYO DE 2015


x CAROLINA WIESNER CEBALLOS
GERENTE O DIRECTOR


x ROSA EMILIA RODRIGUEZ ZIEVANO
CONTADOR

ANEXO DE SEGURIDAD FISCAL

1. CANTIDADES MAXIMAS POR TIPO DE EXPOSICION (EFECTIVO, CHEQUE, TITULOS VALORES)

EFECTIVOS	100.000.000,00	MENSUAL
CHEQUES	300.000.000,00	MENSUAL

2. CLASE Y TIPO DE CAJAS DE SEGURIDAD MAS DEL TIPO Y NUMERO DE CERRADURAS

SE CUENTA CON 3 CAJAS FUERTES

3. TIPO Y CLASE DE CUALQUIER SISTEMA DE ALARMA

SENSORES DE MOVIMIENTO PARA INTRUSION Y SENSORES DE HUMO PARA INCENDIO
CIRCUITO CERRADO DE CAMARAS DE VIGILANCIA

4. NUMERO DE CELADORES LABORANDO EN LOS PREDIOS

56

5. CUALQUIER OTRA INFORMACION SOBRE LA SEGURIDAD FISICA APLICABLE A SU NEGOCIO O A SUS EXPOSICIONES

LA INFORMACION DE LAS CONDICIONES DE SEGURIDA INFORMADA.

**CUESTIONARIO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PARA
SERVIDORES PUBLICOS**

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

1. DATOS GENERALES

NOMBRE DE LA EMPRESA

INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA E.S.E.

OBJETO SOCIAL:

INSTITUCION DE CARÁCTER PÚBLICO DE ORDEN NACIONAL QUE TRABAJA POR EL CONTROL DEL CANCER

TIEMPO DURANTE EL CUAL SE ENCUENTRA DESARROLLANDO SU ACTUAL ACTIVIDAD:

81 AÑOS

2. INDICAR LAS SUMAS ASEGURADAS A COTIZAR

ALTERNATIVAS	VALORES ASEGURADOS
1.	1.000.000.000
2.	
3.	

3. RELACIONE LOS CARGOS QUE DESEA ASEGURAR

CARGO	NOMBRE
DIRECTOR	DRA. CAROLINA WIESNER CEBALLOS
SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO	DR. JUAN JOSÉ PÉREZ ACEVEDO
SUBDIRECTOR MEDICO	DR. JESUS ANTONIO ACOSTA
SUBDIRECTORA DE INVESTIGACIONES	DRA. ESTHER DE VRIE
ASESOR JURIDICO INTERNO	DR. JORGE ORLANDO NEIRA
ASESOR JURIDICO EXTERNO	DR. ALVARO ACOSTA
COORDINADOR GRUPO AREA GESTION Y DESARROLLO DEL TALENTO HUMANOHUMANA	DRA. ROSA MARIA RODRIGUEZ
COORDINADOR DE GRUPO DE PLANIFICACION REMUNERACIÓN Y REGISTRO DEL TALENTO HUMANO	DR. ERNDFAL TRUJILLO PACHECO
COORDINADOR GRUPO AREA FINANCIERA	DR. MARIO MORENO
COORDINADOR PRESUPUESTO	YANNETH GIL
COORDINADORA DE ALMACEN	DRA. LIA ALVAREZ
COORDINADORA DE TESORERIA	DRA. MARIA BERNARDITA JARA
COORDINADOR DE CONTABILIDAD	DRA. ROSA EMILIA RODRIGUEZ
COORDINADOR DE COMPRAS	DRA. ANGELICA CUELLAR
COORDINADOR GESTION AMBIENTAL	DRA. JANNETH SALAZAR - CAJA MENOR
COORDINADOR DE INFRAESTRUCTURA	DR. CARLOS JULIO VELANDIA
COORDINADOR GRUPO AREA COMPRAS Y CONTRATOS	DRA. RUBIA CARDENAS
COORDINADOR GRUPO DE COMPRAS	DRA. ANGELICA CUELLAR
COORDINADOR DE SERVICIOS FARMACEUTICOS	QF. JUAN PABLO OSORIO
COORDINADOR GRUPO AREA EQUIPOS BIOMEDICOS	MAUREN LICED LOPEZ

4. DURANTE LOS ULTIMOS 5 AÑOS

A) HA CAMBIADO LA DENOMINACIÓN DE LA COMPAÑÍA?

SI ☐ NO ☒ EN CASO AFIRMATIVO DAR DETALLES: X

B) LA ESTRUCTURA DEL CAPITAL SOCIAL A SUFRIDO MODIFICACIONES?

SI ☐ NO ☒ EN CASO AFIRMATIVO DAR DETALLES: X

C) HA TENIDO LUGAR ALGUNA ADQUISICIÓN, FUSIÓN, ABSORCIÓN, ETC. DE OTRAS EMPRESAS?

SI ☐ NO ☒ EN CASO AFIRMATIVO DAR DETALLES: X

5. A) CONSIDERA ACTUALMENTE LA POSIBILIDAD DE ALGUNA ADQUISICIÓN, FUSIÓN, ABSORCIÓN, ETC. DE OTRAS EMPRESAS?

SI ☐ NO ☒ EN CASO AFIRMATIVO DAR DETALLES: X

B) EXISTE EN ESTE MOMENTO ALGUNA PROPUESTA, DE LA QUE TENGA CONOCIMIENTO LA EMPRESA RELACIONADA CON SU ADQUISICIÓN POR OTRA EMPRESA?

SI ☐ NO ☒ EN CASO AFIRMATIVO DAR DETALLES: X

C) SE ESTA ESTUDIANDO O CONSIDERANDO LA COTIZACIÓN EN BOLSA DE LAS ACCIONES DE SU EMPRESA?

SI ☐ NO ☒ EN CASO AFIRMATIVO DAR DETALLES: X

6. ES LA EMPRESA

A) PÚBLICA ☒ EN PODER DEL ESTADO

EN CASO DE SER MIXTA ESPECIFICAR EL PORCENTAJE DE ACCIONES
100 % EN PODER DEL SECTOR PRIVADO %

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

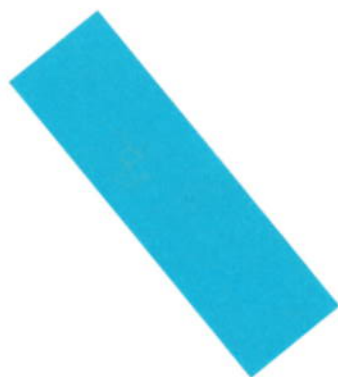
☒
 ☒
 ☐

CONTRALORIA ☒ PERSONERÍA ☒ PROCURADURÍA
FISCALÍA ☒ SUPERINTENDENCIA ☒ EMPRESAS DE REGULACIÓN
OTRAS: CUALES

8. EL CAPITAL SOCIAL DE LA EMPRESA

A) NÚMERO TOTAL DE ACCIONISTAS

N.A.
CON DERECHO A VOTO SIN DERECHO A VOTO



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.

SECCIÓN I. SOLICITANTE

A. INFORMACIÓN ACERCA DE LA INSTITUCIÓN

1. RAZÓN SOCIAL	NIT
INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA E.S.E	899.999.092-7
DOMICILIO	CIUDAD
AVENIDA 1 # 9 - 85	BOGOTÁ
DEPARTAMENTO	TELÉFONOS
CUNDINAMARCA	3341111
FAX	E-MAIL
3341122	CONTACTENOS@CANCER.GOV.CO

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

N.A.

3. NOMBRE COMPLETO DEL PROPIETARIO / TITULAR DE LA INSTITUCIÓN

CAROLINA WIESNER CEBALLOS

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

☒
☐
☐
☐

ENTIDAD DE GOBIERNO
ENTIDAD SIN FINES DE LUCRO
SOCIEDAD ANÓNIMA
ENTIDAD RELIGIOSA

☐
☐
☐
☐

SOCIEDAD PROFESIONAL
INDIVIDUAL
ENTIDAD CON FINES DE LUCRO
OTRA: _____

5. ¿DESDE CUANDO ES PROPIETARIO / TITULAR?

ENERO 16 DE 2015

6. SI FUE PROPIETARIO / TITULAR DE OTRAS INSTITUCIONES MÉDICAS ANTERIORMENTE, A CONTINUACIÓN INDIQUE DE CUALES:

N.A.

7. SI EXISTEN OTROS ESTABLECIMIENTOS, OPERACIONES SUBSIDIARIAS O UBICACIONES DISTINTAS A LA PRINCIPAL, COMPLETE LO SIGUIENTE:

NOMBRE	TIPO DE ESTABLECIMIENTO	DOMICILIO Y LOCALIDAD	TELÉFONO
CASA 120	CASA	CLL 120 # 7-23	2338734

8. CUAL ES SU NIVEL DE ATENCIÓN:

IV-MEDIANA Y ALTA Y COMPLEJIDAD

LICENCIA DE FUNCIONAMIENTO No.

110010606501, PRESTADOR DE SERVICIO DE SALUD; DEPENDIENDO DEL AREA SE TIENE SU RESPECTIVA LICENCIA

OTORGADA POR:

EL MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL

FECHA:

18/05/2012

FECHA DE EXPEDICIÓN

FECHA DE VENCIMIENTO

N.A.

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

N.A.

10. LE HAN CANCELADO O SUSPENDIDO LA LICENCIA DE FUNCIONAMIENTO, ESPECIFIQUE POR QUÉ:

N.A.

B. INFORMACIÓN ACERCA DEL DIRECTOR MÉDICO

1. NOMBRE COMPLETO

JESUS ANTONIO ACOSTA PEÑALOZA

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

CARGO DESEMPEÑADO	TIEMPO	NOMBRE DE LA ENTIDAD	CIUDAD	TELÉFONO
SUBDIRECTOR DE ATENCION MEDICA	5 AÑOS	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA	BOGOTA	334 11 11 EXT: 5100

Caro

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

1. NOMBRE COMPLETO **CAROLINA WIESNER CEBALLOS**
 2. EXPERIENCIA LABORAL EN LOS ÚLTIMOS 3 AÑOS (POR FAVOR INCLUYA LA OCUPACIÓN ACTUAL)

CARGO DESEMPEÑADO	TIEMPO	NOMBRE DE LA ENTIDAD	CIUDAD	TELÉFONO
DIRECTOR GENERAL	6 AÑOS	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA	BOGOTA	334 11 11
SUBDIRECTORA	2 AÑOS	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA	BOGOTA	334 11 11
COORDINADORA DEL AREA DE SALUD PUBLICA Y INVESTIGACION	3 AÑOS	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA	BOGOTA	334 11 11

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 **MAYO 31 DE 2015** VIGENCIA HASTA **MAYO 31 DE 2016**

2. SUMA ASEGURADA

616.000.000

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: **LA PREVISORA S.A.**
 * LÍMITE(S) ASEGURADO(S): **616.000.000**
 * VIGENCIA(S): **31/05/2014 - 31/05,**

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: INVESTIGACION Y DOCENCIA / SALA MUSEAL

SECCIÓN IV. INSTALACIONES, EQUIPOS DE SEGURIDAD Y PLANTA FUNCIONAL

A. INFORMACIÓN ACERCA DE LA INSTITUCIÓN

1. AÑO DE CONSTRUCCIÓN **ADMON: 1934** MATERIAL (adobe, bloque, concreto armado, etc)
CON EXT. 1999 HOSPITALIZACIÓN 1976, ASEO 1934,
CONSUL EXTERNA 1994, MEDICINA NUCLEAR 2012, TAMO 2015 (OBRA NUEVA) EN CONCRETO ARMADO MOMPOSTADO EN BLOQUE Y LADRILLO
 NÚMERO DE PISOS **ADMON: 3 CONSUL EXT: 6 Y HOSPITALIZACIÓN: 7** ÁREA TOTAL EN METROS CUADRADOS **39,000 MTZ**

2. ☒ CONSTRUÍDO PARA BRINDAR SERVICIOS DE SALUD SEGÚN LAS NORMAS
☒ REMODELADO: AÑO DE ÚLTIMA REMODELACIÓN: **2013 (3er PISO HOSPITALIZACIÓN OCCIDENTE)**

3. AÑO DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN DEL SISTEMA ELÉCTRICO: **2015, CENTRAL DE SUBESTACIÓN ELÉCTRICAS, MANTENIMIENTO TERCERIZADO 3 VECES AL AÑO**

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: **SI, SALAS DE CIRUGIA, UCIS, CICLOTRON; PETSCAN; IMAGINOLOGIA**

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

☒ REMODELADO: AÑO DE ÚLTIMA REMODELACIÓN: 2013 (3er PISO HOSPITALIZACIÓN OCCIDENTE)

3. AÑO DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN DEL SISTEMA ELÉCTRICO: 2015, CENTRAL DE SUBESTACION ELECTRICAS, MANTENIMIENTO TERCERIZADO 3 VECES AL AÑO

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: _____ M ☐ 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: SI, SALAS DE CIRUGIA, UCIS, CICLOTRON; PETSCAN; IMAGINOLOGIA

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?

1,5 KMS

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	22	77,17%
2. Cuidado intensivo para infantes / bebés	6	73,89%
3. Cunas para recién nacidos	N.A.	
4. Rehabilitación / terapia	N.A.	
5. Abuso de drogas / alcohol	N.A.	
6. Psiquiatría	N.A.	
7. Pacientes terminales (cuidado paliativo)	N.A.	
8. Cuidados geriátricos	N.A.	
9. Otras: (especifique)	127	103%

(*) 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	9.480
Cirugía con internación	3.252
Cirugía sin internación (ambulatoria)	2.732
Sala de partos	N.A.
Rehabilitación / terapia	N.A.
Abuso de drogas / alcohol	N.A.
Psiquiatría	N.A.
Radiología (Imágenes, ecografía, rayos-x)	55.787
Terapia radiante	39.558

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.

Firma de

[Firma manuscrita]

Laboratorio (patología)	103.080
Cardiología	5.634
Otras (especifique):	-
NÚMERO TOTAL DE PACIENTES	219.523

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):

131 MÉDICOS EMPLEADOS

393 OTROS PROFESIONALES EMPLEADOS

1 contratista MÉDICOS NO EMPLEADOS

38 OTROS PROFESIONALES MÉDICOS 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 DILIGENCIA EL SIGUIENTE CUADRO RELACIONANDO LOS RECLAMOS O HECHOS DE LOS ÚLTIMOS CINCO AÑOS:

FECHA DE OCURRENCIA	APELLIDO Y NOMBRE DEL RECLAMANTE	ESTADO: A = ABIERTO T = TERMINADO	DEMANDA S = SI N = NO	FECHA TERMINADO	RESERVA O MONTO PAGADO	DESCRIPCION BREVE
SE ADJUNTA RELACIÓN						

Se hace constar que el solicitante de este seguro declara conocer y aceptar integralmente 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

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL:

NOMBRE: CAROLINA WIESNER CEBALLOS

CARGO: DIRECTOR GENERAL

ACLARACIÓN: ☒