

CONVOCATORIA PÚBLICA No. 030 de 2017

Página 1 de 3

EL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA E.S.E, CONVOCA A PROVEEDORES LEGALMENTE CONSTITUIDOS EN COLOMBIA, PERSONAS JURÍDICAS, PARA SELECCIONAR BAJO LA MODALIDAD DE CONVOCATORIA PÚBLICA UNA COMPAÑÍA DE SEGUROS LEGALMENTE CONSTITUIDA EN COLOMBIA QUE SUSCRIBA PÓLIZAS DE SEGUROS PARA AMPARAR LOS BIENES E INTERESES PATRIMONIALES DE LA ENTIDAD Y EL AMPARO PARA LOS CONTRATOS Y/O CONVENIOS INTERADMINISTRATIVOS CELEBRADOS POR EL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA - EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO.

ANEXO No. 6

FORMULARIO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA CLINICAS Y HOSPITALES

VALOR ASEGURADO: \$2.100.000.000.

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	4320160
FAX	E-MAIL
	CONTACTENOS@CANCER.GOV.CO

2. SI LA INSTITUCIÓN HA TENIDO OTROS NOMBRES EN EL PASADO, MENCIÓNENLOS 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 | ☐ | SOCIEDAD PROFESIONAL |
| ☐ | ENTIDAD SIN FINES DE LUCRO | ☐ | INDIVIDUAL |
| ☐ | SOCIEDAD ANÓNIMA | ☐ | ENTIDAD CON FINES DE LUCRO |
| ☐ | ENTIDAD RELIGIOSA | ☐ | 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	
8. CUAL ES SU NIVEL DE ATENCIÓN:		LICENCIA DE FUNCIONAMIENTO No.	
IV-MEDIANA Y ALTA Y COMPLEJIDAD		110010606501, PRESTADOR DE SERVICIO DE SALUD; DEPENDIENDO DEL AREA SE TIENE SU RESPECTIVA LICENCIA	
OTORGADA POR:		FECHA :	
EL MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL		18 de mayo de 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 ATENCIÓN MEDICA	6 AÑOS	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA	BOGOTÁ	4320160 EXT: 5100

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 (E)	2 AÑOS	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA	BOGOTA	4320160
SUBDIRECTORA DE INVESTIGACIONES	2 AÑOS	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA	BOGOTA	4320160
COORDINADORA DEL AREA DE SALUD PUBLICA Y INVESTIGACION	3 AÑOS	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA	BOGOTA	4320160

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 ☐ **ÁREA JURÍDICA**

SECCIÓN II. COBERTURA SOLICITADA

1. VIGENCIA DESDE **MAYO 31 DE 2017** VIGENCIA HASTA **MAYO 31 DE 2018**
2. SUMA ASEGURADA \$ **689.454.000,00** CORRESPONDE A 1.000 SMMLV; LOS CUALES DEBEN AJUSTARSE ANUALMENTE
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): \$ **737.715.780,00**
- * VIGENCIA(S): DESDE **mayo 31 de 2016** HASTA **mayo 31 de 2017**

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 -CONS. EXT. 1999 HOSPITALIZACION 1976, ASEO 1934, CONSULTA EXTERNA 1994, MEDICINA NUCLEAR 2012, TAMO 2015 (OBRA NUEVA)** MATERIAL (adobe, bloque, concreto armado, etc) **EN CONCRETO ARMADO MOMPOSTADO EN BLOQUE Y LADRILLO**
- NÚMERO DE PISOS **ADMON: 3 CONSUL EXT: 6 Y HOSPITALIZACION: 7** ÁREA TOTAL EN METROS CUADRADOS **39,000 M2**
2. ☒ CONSTRUIDO PARA BRINDAR SERVICIOS DE SALUD SEGÚN LAS NORMAS ☒ REMODELADO: AÑO DE ÚLTIMA REMODELACIÓN: **2013 (3er PISO HOSPITALIZACION 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
☒ ÁREA TOTAL DE PROTECCIÓN APROX: ☐ 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? 3 VECES

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	21	79,80%
2. Cuidado intensivo para infantes / bebés	6	76,90%
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)	151	88,70%

(*) 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 (GAICA)	10.405
Cirugía con internación	3.902
Cirugía sin internación (ambulatoria)	3.324
Sala de partos	N.A.
Rehabilitación / terapia	N.A.
Abuso de drogas / alcohol	N.A.
Psiquiatría	N.A.
Radiología (imágenes, ecografía, rayos-x)	112.796
Terapia radiante	52.097
Laboratorio (patología)	114.985
Cardiología	5.104
Otras (especifique):	-
NÚMERO TOTAL DE PACIENTES	302.613

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 ☐

REANIMACIÓN

SECCIÓN VI. CUERPO MÉDICO

1. ¿SE VERIFICA Y COMPROBABA 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

SE ANEXA LISTADO DE MÉDICOS

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:

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 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

Bogotá febrero de 2017

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL:



NOMBRE: CAROLINA WIESNER CEBALLOS

CARGO: DIRECTOR GENERAL (E)

ACLARACIÓN:

**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 constituirá parte de la póliza

1. DATOS GENERALES

NOMBRE DE LA EMPRESA:

INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

OBJETO SOCIAL:

INSTITUCIÓN DE CARÁCTER PÚBLICO DE ORDEN NACIONAL QUE TRABAJA POR EL CONTROL DEL CÁNCER

TIEMPO DURANTE EL CUAL SE ENCUENTRA DESARROLLANDO SU ACTUAL ACTIVIDAD:

82 AÑOS

2. INDICAR LAS SUMAS ASEGURADAS A COTIZAR

ALTERNATIVAS

VALORES ASEGURADOS

1.	\$ 1.500.000.000
2.	
3.	

3. RELACIONE LOS CARGOS QUE DESEA ASEGURAR

DEPENDENCIA

NOMBRES Y APELLIDOS

DIRECCION GENERAL

Asesoría Jurídica

Carolina Wiesner Ceballos

Asesoría Comunicaciones

Jorge Orlando Neira Roldan

Asesoría de Calidad

Diana Carolina Daza Franco

Oficina Asesora de Planeación y Sistemas

Nelson Alexander Vargas Rodríguez

Oficina de Control Interno

Adriana Patricia Hernández Baquero

SUBDIRECCION GENERAL DE INVESTIGACION, VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA, PROMOCION Y

Buenaventura Orduy Burgos

Grupo Área de Investigaciones

Amaranto Suarez Matos

Grupo Investigación en Biología del Cáncer

José Alexander Carreño Dueñas

Grupo Investigación Epidemiología del Cáncer

Alba Lucia Combita Rojas

Grupo Investigación Clínica

SIN ASIGNAR

Grupo Área Análisis de Datos

SIN ASIGNAR

Grupo Área Salud Pública

Oscar Andres Gamboa Garay

Grupo Políticas y Movilización Social

Giana Maria Henriquez Mendez

Grupo Evaluación y Seguimiento de Servicios Oncológicos

SIN ASIGNAR

Grupo Prevención y Detección Temprana del Cáncer

Jairo Aguilera López

Grupo Vigilancia Epidemiológica del Cáncer

Devi Nereida Puerto Jimenez

SUBDIRECCIÓN GENERAL DE ATENCIÓN MÉDICA Y DOCENCIA

Eida Constanza Pardo Ramos

Grupo Área Diagnóstico y Estadificación

Jesus Antonio Acosta Peñaloza

Grupo Laboratorio Clínico

Ruth Quevedo Serrano

Grupo Patología Oncológica

Elizabeth Rodriguez Gómez

Grupo Imágenes Diagnósticas

Juan Carlos Mejia Henao

Grupo Medicina Nuclear

Cesar Augusto Poveda Suarez

Grupo Radiofarmacia

Augusto Enrique Llamas Olier

Grupo Área Unidades Médicas

Nidia Esperanza Delgado López

Unidad de Oncología Clínica

SIN ASIGNAR

Unidad de Hemato Oncología

Ricardo Elias Bruges Maya

Unidad de Atención de Cáncer Infantil (UACAI)

Leonardo José Enciso Olivera

Unidad de Endocrinología Oncológica

Martha Ligia Piña Quintero

Grupo Área Unidades Quirúrgicas

Luis Felipe Fierro Maya

Unidad Funcional Cirugía de Tórax

Carlos Alfonso Duarte Torres

Unidad Funcional Neuro-oncología

Rafael José Beltran Jimenez

Unidad Funcional Cabeza y Cuello

Pedro José Penagos González

Unidad Funcional Ortopedia

Enrique Cadena Piñeros

Unidad Funcional Ginecología

Camilo Soto Montoya

Unidad Funcional Urología

Lina Maria Trujillo Sanchez

Unidad Funcional Gastroenterología

Rodolfo Varela Ramirez

Unidad Funcional Seno y Tejidos Blandos

Ricardo Oliveros Wilches

Unidad Funcional Dermatología

Javier Angel Aristizabal

Unidad Cirugía Reconstructiva

Alvaro Enrique Acosta Madieto de Hart

Grupo Salas de Cirugía y Medicina Preoperatoria

Amanda Iris Alfonso Garcia

Grupo Área Soporte Oncológico

SIN ASIGNAR

Grupo Medicina Interna

Lilia Andrea Rojas Garzón

Grupo Salud Mental

SIN ASIGNAR

Grupo Nutrición y Soporte metabólico

Ligia Elena del Toro Osorio

Grupo Cuidado Paliativo

Victor Hugo Garcia Castillo

Grupo Rehabilitación y Terapias

Carlos Herman Rodríguez Martínez

Grupo de Cuidado Intensivo

Miguel Mauricio Moreno Capacho

Grupo Área Oncología Radioterápica

SIN ASIGNAR

Grupo Física Médica

Martha Isabel Cotes Mestre

Grupo Área Gestión Apoyo Clínico

SIN ASIGNAR

Grupo Gestión a Usuarios

Martha Elena García Fernandez

Grupo Gaića

Ana Edith Hernández López

Grupo Gestión Hospitalaria

Sebastian de Jesús Alcalá Lara

Grupo Servicios Farmacéuticos

Magda Lorena Jimenez Castaño

Grupo Banco de Sangre

Carolina Artizabal Niño

Grupo Esterilización

Ana Katina Kingross Rodríguez

Grupo Área Enfermería Oncológica

Nubia Esperanza Prada Forero

Grupo Hospitalización

Narda Patricia Santamania Mosquera

Grupo Consulta Externa

Oscar Numpaque Gambasica

Grupo Quimioterapia 24/7

María Concepción Gómez Sanchez

Grupo Área Docencia

Narda Patricia Santamania Mosquera

Grupo Biblioteca

Surella Acosta Preciado

SUBDIRECCIÓN GENERAL DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

Rubenid Romero Moreno

Grupo Área Gestión y Desarrollo del Talento Humano

Juan José Pérez Acevedo

Rosa María Rodríguez Molano

CUESTIONARIO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PARA SERVIDORES PÚBLICOS	
Grupo Ciclo de Vida Laboral	Victor Julio Torres Murillo
Grupo Planificación, Remuneración y Registro del Talento Humano	Emofai Trujillo Pacheco
Grupo Seguridad y Salud en el Trabajo	Erika Johana Poveda Montaño
Grupo Bienestar y Capacitación	Rosa Elena Plata Mantilla
Grupo Área Gestión Ambiental y Hotelera	Gloria Marcela Mojica Bran
Grupo Gestión de la Infraestructura	Carlos Julio Velandía Castillo
Grupo Gestión Ambiental y Soporte Hotelero	Janneth Hasbeldy Salazar Virguez
Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia	Vida Helena Bautista Romero
Grupo Área Gestión Contractual	Rubia Elicelly Cardenas Bayona
Grupo Compras	Yolima Angelica Cuellar Angulo
Grupo Contratación, Supervisión e Interventoría	Wilson Ibarquén Lozano
Grupo Área Gestión Financiera	Mario Moreno
Grupo Presupuesto	María Yaneth Gil Parra
Grupo Tesorería	María Bernardita Jara Parrado
Grupo de Contabilidad	Ana Nancy Camelo Vanegas
Grupo Cartera	Omar Wilson Carranza Ballen
Grupo Área Gestión Comercial	Amanda Trujillo Pacheco
Grupo Mercadeo	SIN ASIGNAR
Grupo Facturación	Claudia Matilde Bogoya Pachon
Grupo Área Gestión Biomedica y Almacén	Lia Margarita Alvarez Puente
Grupo Almacén y Activos Fijos	SIN ASIGNAR
Grupo Ingeniería Biomédica	SIN ASIGNAR
Grupo Área Sistemas	Luis Eduardo Martinez González
Grupo Aplicaciones	Nilsa Yaneth Bermudez Bermudez
Grupo Soporte Redes y Hardware	SIN ASIGNAR
Profesional Esp. Física Medica	Alfonso Mejía Montenegro
Profesional Universitario de la Subdirección General de la Gestión Administrativa y Financiera	Martha Lucia Rodríguez Palacios
Profesional Universitaria de la Subdirección General de Atención Médica	Juliana Gamica
Profesional Especializado del Grupo Nutrición y Soporte Metabólico	Nancy Sanabria
Profesional Especializada de Gastroenterología	Rosaura Galvis
Profesional Especializada del Grupo Área de Salud Pública	Liliana Alfonso
Profesional Especializado del Grupo Medicina Nuclear	Natali Barbosa Parada
Profesional Especializado de Protección Radiológica	Odilia Mattos
Profesional Especializada Grupo Área Docencia	Carmen Stella Quintero
Profesional Especializada de la Subdirección General Investigación, Vigilancia Epidemiológica, Promoción y	Luz Eddy Talero
Profesional Universitario de la Subdirección General de la Gestión Administrativa y Financiera	Marlen Umbarila
4. DURANTE LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS	
A) HA CAMBIADO LA DENOMINACIÓN DE LA COMPAÑÍA ?	
SI ☐ NO ☒ EN CASO AFIRMATIVO DAR DETALLES:	
B) LA ESTRUCTURA DEL CAPITAL SOCIAL A SUFRIDO MODIFICACIONES?	
SI ☐ NO ☒ EN CASO AFIRMATIVO DAR DETALLES:	
C) HA TENIDO LUGAR ALGUNA ADQUISICIÓN, FUSIÓN, ABSORCIÓN, ETC. DE OTRAS EMPRESAS?	
SI ☐ NO ☒ EN CASO AFIRMATIVO DAR DETALLES:	
5. A) CONSIDERA ACTUALMENTE LA POSIBILIDAD DE ALGUNA ADQUISICIÓN, FUSIÓN, ABSORCIÓN, ETC. DE OTRAS EMPRESAS?	
SI ☐ NO ☒ 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 ☒ EN CASO AFIRMATIVO DAR DETALLES:	
C) SE ESTA ESTUDIANDO O CONSIDERANDO LA COTIZACIÓN EN BOLSA DE LAS ACCIONES DE SU EMPRESA?	
SI ☐ NO ☒ EN CASO AFIRMATIVO DAR DETALLES:	
6. ES LA EMPRESA	
A) PUBLICA ☒ B) MIXTA ☐ EN CASO DE SER MIXTA ESPECIFICAR EL PORCENTAJE DE ACCIONES ASÍ:	
100 % EN PODER DEL SECTOR PRIVADO	
100 % EN PODER DEL ESTADO	
7. LA EMPRESA SE ENCUENTRA BAJO LA VIGILANCIA O CONTROL DE	
☒ CONTRALORÍA ☒ PERSONERÍA ☒ PROCURADURÍA ☒ FISCALÍA ☒ SUPERINTENDENCIA ☒ EMPRESAS DE REGULACIÓN ☐ OTRAS: CUALES _____	
8. EL CAPITAL SOCIAL DE LA EMPRESA	
A) NÚMERO TOTAL DE ACCIONISTAS <u>N/A</u> 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	
N / A	
C) COMPAÑÍAS FILIALES DE LA EMPRESA, PORCENTAJE DE PARTICIPACIÓN EN AQUELLAS. PARA SU INFORMACIÓN, LES INDICAMOS QUE QUEDARAN AUTOMÁTICAMENTE INCLUIDAS EN LAS PÓLIZAS LAS COMPAÑÍAS FILIALES CUYO PORCENTAJE DE PARTICIPACIÓN SEA SUPERIOR AL 50%, SI FACILITAN BALANCES CONSOLIDADOS.	
N / A	
9. SE HA ADQUIRIDO O VENDIDO FILIALES O SUBSIDIARIAS DURANTE LOS ÚLTIMOS 18 MESES ?	
SI ☐ NO ☒ EN CASO AFIRMATIVO DAR DETALLES:	

**CUESTIONARIO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PARA
SERVIDORES PÚBLICOS**

10. TIENE LA EMPRESA EN EL MOMENTO SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL SERVIDORES PÚBLICOS O DIRECTORES Y ADMINISTRADORES

SI ☒ NO ☐ EN CASO AFIRMATIVO DAR DETALLES:

VIGENCIA: DESDE: mayo 30 de 2016 HASTA: mayo 30 de 2017
 LIMITE ASEGURADO: \$ 1.000.000.000
 COMPAÑÍA DE SEGUROS: LA PREVISORA

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 NEGADO ALGÚN ASEGURADOR LA COBERTURA DEL RIESGO A LAS PERSONAS 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: PROCESO PENAL DRA. RUTH STELLA ROA

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:

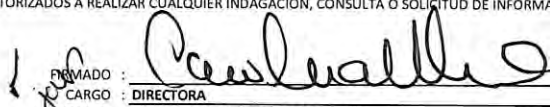
15. EXISTE ALGUNA CALIFICACIÓN, COMENTARIO U OBSERVACIÓN CONTENIDA EN EL INFORME DE LOS AUDITORES O ENTIDADES DE CONTROL SOBRE LA COMPAÑÍA?

SI ☐ NO ☒ EN CASO AFIRMATIVO DAR DETALLES:

16. EXISTE ALGUNA RESPONSABILIDAD O ASPECTO EXTRAORDINARIO INDICADO DENTRO DEL INFORME FINANCIERO?

SI ☐ NO ☒ 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 ADJUNTARA Y CONSTITUIRÁ PARTE INTEGRANTE DE LA PÓLIZA. LOS ASEGURADORES QUEDAN AUTORIZADOS A REALIZAR CUALQUIER INDAGACIÓN, CONSULTA O SOLICITUD DE INFORMACIÓN QUE CONSIDERE NECESARIA.

FIRMA: 
 CARGO: DIRECTORA
 NOMBRE: DRA. CAROLINA WIESNER CEBALLOS
 FECHA: 21 de febrero de 2017

* ES IMPORTANTE QUE EL REPRESENTANTE LEGAL QUE FIRME ESTA DECLARACIÓN TENGA UN BUEN CONOCIMIENTO DEL ÁMBITO DE ESTA COBERTURA PARA QUE LAS PREGUNTAS SEAN CONTESTADAS CORRECTAMENTE. EN CASO DE DUDA ROGAMOS CONTACTEN CON SU INTERMEDIARIO DE SEGUROS PIZANO ECHEVERRI Y ASOCIADOS LTDA. PUESTO QUE LA NO DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN PUEDE AFECTAR A LOS DERECHOS DEL ASEGURADO PUEDE ANULAR LA PÓLIZA.

LISTADO DE DOCUMENTOS OBLIGATORIOS QUE SE DEBEN ADJUNTAR

- ☒ BALANCE GENERAL COMPARATIVO DOS ÚLTIMOS AÑOS DE EJERCICIO
- ☐ INFORME DE REVISOR FISCAL O ENTIDAD QUE HAGA SUS VECES, DEL ÚLTIMO AÑO DE EJERCICIO
- ☐ CERTIFICADO DE CONSTITUCIÓN DE CÁMARA Y COMERCIO
- ☒ ORGANIGRAMA DE LA EMPRESA

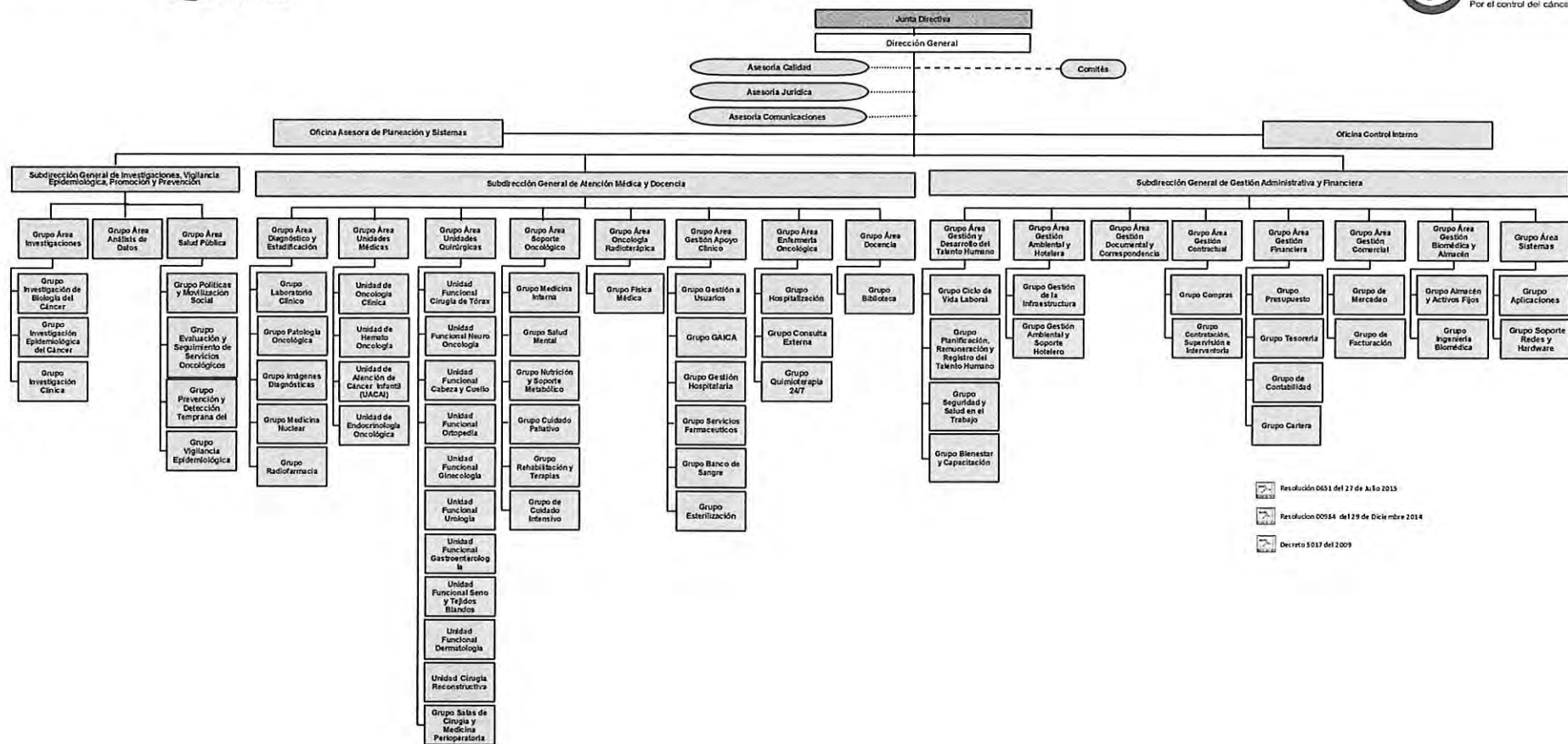
FORMULARIO RESPONSABILIDAD CIVIL SERVIDORES PUBLICOS.

VALOR ASEGURADO: \$1.200.000.000

**Y anexos estados financieros Corte
de 2016**

Y

ORGANIGRAMA



Decreto 5017 del 2001



INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA E.S.E.
BALANCE GENERAL
A 30 DE SEPTIEMBRE DE 2016
CIFRAS EXPRESADAS EN PESOS COLOMBIANOS

ACTIVO		SALDO
ACTIVO CORRIENTE		131.741.257.882
EFFECTIVO		60.021.668.933
CAJA	38.003.143	
DEPOSITOS EN INSTITUCIONES FINANCIERAS	59.983.665.789	
INVERSIONES		
ADMINISTRACION DE LIQUIDEZ		
DEUDORES		67.221.072.093
PRESTACION DE SERVICIOS	201.560.197	
SERVICIOS DE SALUD	71.136.416.567	
AVANCES Y ANTICIPOS ENTREGADOS		
OTROS DEUDORES	948.209.199	
PROVISION PARA DEUDORES	-5.065.113.869	
INVENTARIOS		3.529.636.444
MATERIALES PARA PRESTACION SERVICIOS	3.523.993.106	
EN PODER DE TERCEROS	87.643.529	
PROVISIÓN PARA PROTECCION DE INVENTARIOS	-82.000.191	
OTROS ACTIVOS		968.880.412
BIENES Y SERVICIOS PAGADOS POR ANTICIPADO	465.289.041	
CARGOS DIFERIDOS	503.591.371	
ACTIVO NO CORRIENTE		
DEUDORES		21.094.079.966
DEUDAS DE DIFICIL COBRO	117.331.243.484	
PROVISION DEUDORES DIFICIL COBRO	-96.237.163.517	
PROPIEDAD PLANTA Y EQUIPO		104.794.898.591
TERRENOS	1.770.759.471	
CONSTRUCCIONES EN CURSO		
EDIFICACIONES	78.037.045.295	
BIENES MUEBLES EN BODEGA		
REDES LINEAS Y CABLES	28.344.086	
MAQUINARIA Y EQUIPO	1.328.257.354	
EQUIPO MEDICO CIENTIFICO	84.390.974.218	
MUEBLES, ENSERES Y EQUIPO DE OFICINA	2.757.640.448	
EQUIPO DE COMPUTACION Y COMUNICACION	6.716.560.158	
EQUIPO DE TRANSPORTE, TRACCION Y ELEVACION	192.742.141	
EQUIPO DE COMEDOR, COCINA, DESPENSA Y HOTELE	105.205.891	
DEPRECIACIÓN ACUMULADA	-69.231.694.481	
PROVISIONES PARA PROTECCION DE PROPIEDADES	-1.300.935.990	
OTROS ACTIVOS		38.795.399.618
BIENES ENTREGADOS A TERCEROS	51.485.617	
AMORTIZ. ACUMULADA EN BIENES ENTREGADOS A TERCEROS	-51.485.617	
BIENES RECIBIDOS EN DACION DE PAGO	432.783.009	
PROVISION BIENES RECIBIDOS EN DACION DE PAGO	-178.615.367	
BIENES DE ARTE Y CULTURA	1.779.651.577	
INTANGIBLES	6.101.673.451	
AMORTIZ. ACUMULADA INTANGIBLES	-5.162.399.807	
VALORIZACIONES	35.822.306.755	

TOTAL ACTIVO

296.425.636.057

CUENTAS DE ORDEN DEUDORAS

DERECHOS CONTINGENTES
DEUDORAS DE CONTROL

2.477.935.639
62.497.221.287

64.975.156.925

CUENTAS DE ORDEN ACREEDORAS

ACREEDORAS POR CONTRA (DB)

31.128.196.237

31.128.196.237

ANA NANCY CAMILO VANEGAS

Contadora

T.P. 43223-T

CAROLINA WIESNER

DIRECTORA GENERAL (E)



INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA E.S.E.
BALANCE GENERAL
A 30 DE SEPTIEMBRE DE 2016
CIFRAS EXPRESADAS EN PESOS COLOMBIANOS



PASIVO

PASIVO CORRIENTE

13.084.594.856

CUENTAS POR PAGAR

6.967.714.802

ADQUISICION DE BIENES Y SERVICIOS NACION	3.981.838.061
ACREEDORES	1.900.372.341
RETENCIÓN EN LA FUENTE E IMPTO DE TIMBRE	614.766.137
IMPUESTOS CONTRIBUCIONES Y TASAS	663.000
IMPUESTO AL VALOR AGREGADO IVA	3.764.007
AVANCES Y ANTICIPOS RECIBIDOS	320.531.227
RECURSOS RECIBIDOS EN ADMINISTRACION	145.780.029
CREDITOS JUDICIALES	

OBLIGACIONES LABORALES DE SEGURIDAD SOCIAL

382.701.825

SALARIOS Y PRESTACIONES SOCIALES	382.701.825
----------------------------------	-------------

OTROS PASIVOS

5.734.178.229

INGRESOS REC. POR ANTICIPADO	5.734.178.229
------------------------------	---------------

PASIVO NO CORRIENTE

10.665.289.866

PASIVOS ESTIMADOS

10.665.289.866

PROVISION PARA CONTINGENCIAS	6.006.960.720
PROVISION PARA PRESTACIONES SOCIALES	4.532.870.654
PROVISION PARA PENSIONES	125.458.493

TOTAL PASIVOS

23.749.884.723

PATRIMONIO

PATRIMONIO INSTITUCIONAL

197.910.721.932

CAPITAL FISCAL	197.910.721.932
----------------	-----------------

RESULTADO DEL EJERCICIO

25.503.955.689

UTILIDAD DEL EJERCICIO	25.503.955.689
------------------------	----------------

SUPERÁVIT

49.261.073.376

DONACIONES	13.438.766.620
VALORIZACIONES	35.822.306.756

PATRIMONIO INSTITUCIONAL INCORPORADO

337

BIENES	337
--------	-----

TOTAL PATRIMONIO NETO

272.675.751.335

TOTAL PASIVO + PATRIMONIO

296.425.636.057

CUENTAS DE ORDEN DEUDORAS

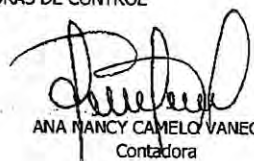
-64.975.156.925

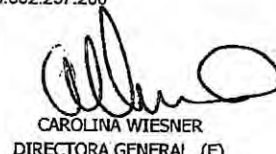
DERECHOS CONTINGENTES POR CONTRA.	-2.477.935.639
DEUDORAS DE CONTROL POR CONTRA (CR)	-62.497.221.287

CUENTAS DE ORDEN ACREEDORAS

-31.128.196.237

RESPONSABILIDADES CONTINGENTES	-20.295.939.037
ACREEDORAS DE CONTROL	-10.832.257.200


ANA NANCY CAMELO VANEGAS
Contadora
T.P. 43223-T


CAROLINA WIESNER
DIRECTORA GENERAL .(E)

**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 constituirá parte de la póliza

1. DATOS GENERALES

NOMBRE DE LA EMPRESA:

INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

OBJETO SOCIAL:

INSTITUCIÓN DE CARÁCTER PÚBLICO DE ORDEN NACIONAL QUE TRABAJA POR EL CONTROL DEL CÁNCER

TIEMPO DURANTE EL CUAL SE ENCUENTRA DESARROLLANDO SU ACTUAL ACTIVIDAD:

82 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

DEPENDENCIA	NOMBRES Y APELLIDOS
DIRECCION GENERAL	
Asesoría Jurídica	Carolina Wiesner Ceballos
Asesoría Comunicaciones	Jorge Orlando Neira Roldan
Asesoría de Calidad	Diana Carolina Daza Franco
Oficina Asesora de Planeación y Sistemas	Nelson Alexander Vargas Rodriguez
Oficina de Control Interno	Adriana Patricia Hernández Baquero
SUBDIRECCION GENERAL DE INVESTIGACION, VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA, PROMOCION Y	Buenaventura Orduy Burgos
Grupo Area de Investigaciones	Amaranto Suarez Matos
Grupo Investigación en Biología del Cáncer	José Alexander Carreño Dueñas
Grupo Investigación Epidemiología del Cáncer	Alba Lucia Combita Rojas
Grupo Investigación Clínica	SIN ASIGNAR
Grupo Area Analisis de Datos	SIN ASIGNAR
Grupo Area Salud Pública	Oscar Andres Gamboa Garay
Grupo Políticas y Movilización Social	Giana María Henríquez Mendez
Grupo Evaluación y Seguimiento de Servicios Oncológicos	SIN ASIGNAR
Grupo Prevención y Detección Temprana del Cáncer	Jairo Aguilera López
Grupo Vigilancia Epidemiológica del Cáncer	Devi Nereida Puerto Jimenez
SUBDIRECCIÓN GENERAL DE ATENCIÓN MEDICA Y DOCENCIA	Eida Constanza Pardo Ramos
Grupo Area Diagnóstico y Estadificación	Jesus Antonio Acosta Peñaloza
Grupo Laboratorio Clínico	Ruth Quevedo Serrano
Grupo Patología Oncológica	Elizabeth Rodriguez Gómez
Grupo Imágenes Diagnósticas	Juan Carlos Mejia Henao
Grupo Medicina Nuclear	Cesar Augusto Poveda Suarez
Grupo Radiofarmacia	Augusto Enrique Llamas Olier
Grupo Area Unidades Médicas	Nidia Esperanza Delgado López
Unidad de Oncología Clínica	SIN ASIGNAR
Unidad de Hemato Oncología	Ricardo Elias Bruges Maya
Unidad de Atención de Cáncer Infantil (UACAI)	Leonardo José Enciso Olivera
Unidad de Endocrinología Oncológica	Martha Ligia Piña Quintero
Grupo Area Unidades Quirúrgicas	Luis Felipe Fierro Maya
Unidad Funcional Cirugía de Tórax	Carlos Alfonso Duarte Torres
Unidad Funcional Neuro-oncología	Rafael José Beltran Jimenez
Unidad Funcional Cabeza y Cuello	Pedro José Penagos González
Unidad Funcional Ortopedia	Enrique Cadena Piñeros
Unidad Funcional Ginecología	Camilo Soto Montoya
Unidad Funcional Urología	Lina María Trujillo Sanchez
Unidad Funcional Gastroenterología	Rodolfo Varela Ramirez
Unidad Funcional Seno y Tejidos Blandos	Ricardo Oliveros Wilches
Unidad Funcional Dermatología	Javier Angel Aristizabal
Unidad Cirugía Reconstructiva	Alvaro Enrique Acosta Madieto de Hart
Grupo Salas de Cirugía y Medicina Preoperatoria	Amanda Iris Alfonso Garcia
Grupo Area Soporte Oncológico	SIN ASIGNAR
Grupo Medicina Interna	Lilia Andrea Rojas Garzón
Grupo Salud Mental	SIN ASIGNAR
Grupo Nutrición y Soporte metabólico	Ligia Elena del Toro Osorio
Grupo Cuidado Paliativo	Victor Hugo Garcia Castillo
Grupo Rehabilitación y Terapias	Carlos Hernan Rodriguez Martinez
Grupo de Cuidado Intensivo	Miguel Mauricio Moreno Capacho
Grupo Area Oncología Radioterápica	SIN ASIGNAR
Grupo Física Médica	Martha Isabel Cotes Mestre
Grupo Area Gestión Apoyo Clínico	SIN ASIGNAR
Grupo Gestión a Usuarios	Martha Elena García Fernández
Grupo Gaica	Ana Edith Hernández López
Grupo Gestión Hospitalaria	Sebastian de Jesús Alcala Lara
Grupo Servicios Farmacéuticos	Magda Lorena Jimenez Castaño
Grupo Banco de Sangre	Carolina Arstizabal Niño
Grupo Esterilización	Ana Katina Kingross Rodriguez
Grupo Area Enfermería Oncológica	Nubia Esperanza Prada Forero
Grupo Hospitalización	Narda Patricia Santamaria Mosquera
Grupo Consulta Externa	Oscar Numpaque Gambasica
Grupo Quimioterapia 24/7	Maria Concepción Gómez Sanchez
Grupo Area Docencia	Narda Patricia Santamaria Mosquera
Grupo Biblioteca	Surella Acosta Preciado
SUBDIRECCIÓN GENERAL DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	Rubenid Romero Moreno
Grupo Area Gestión y Desarrollo del Talento Humano	Juan José Pérez Acevedo
	Rosa María Rodríguez Molano

CUESTIONARIO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PARA SERVIDORES PÚBLICOS	
Grupo Ciclo de Vida Laboral	Victor Julio Torres Murillo
Grupo Planificación, Remuneración y Registro del Talento Humano	Ernófal Trujillo Pacheco
Grupo Seguridad y Salud en el Trabajo	Erika Johana Poveda Montaño
Grupo Bienestar y Capacitación	Rosa Elena Piata Mantilla
Grupo Área Gestión Ambiental y Hotelera	Gloria Marcela Mojica Bran
Grupo Gestión de la Infraestructura	Carlos Julio Velandía Castillo
Grupo Gestión Ambiental y Soporte Hotelero	Janneth Hasbeldy Salazar Virguez
Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia	Vida Helena Bautista Romero
Grupo Área Gestión Contractual	Rubia Elicelly Cardenas Bayona
Grupo Compras	Yolima Angelica Cuellar Angulo
Grupo Contratación, Supervisión e Interventoría	Wilson Ibarguen Lozano
Grupo Área Gestión Financiera	Mario Moreno
Grupo Presupuesto	Maria Yaneth Gil Parra
Grupo Tesorería	Maria Bernardita Jara Parrado
Grupo de Contabilidad	Ana Nancy Camelo Vanegas
Grupo Cartera	Omar Wilson Carranza Ballen
Grupo Área Gestión Comercial	Amanda Trujillo Pacheco
Grupo Mercadeo	SIN ASIGNAR
Grupo Facturación	Claudia Matilde Bogoya Pachon
Grupo Área Gestión Biomedica y Almacén	Lia Margarita Alvarez Puente
Grupo Almacén y Activos Fijos	SIN ASIGNAR
Grupo Ingeniería Biomédica	SIN ASIGNAR
Grupo Área Sistemas	Luis Eduardo Martinez González
Grupo Aplicaciones	Nilsa Yaneth Bermudez Bermudez
Grupo Soporte Redes y Hardware	SIN ASIGNAR
Profesional Esp. Física Medica	Alfonso Mejia Montenegro
Profesional Universitario de la Subdirección General de la Gestión Administrativa y Financiera	Martha Lucia Rodríguez Palacios
Profesional Universitaria de la Subdirección General de Atención Médica	Juliana Gamica
Profesional Especializado del Grupo Nutrición y Soporte Metabólico	Nancy Sanabria
Profesional Especializada de Gastroenterología	Rosaura Galvis
Profesional Especializada del Grupo Área de Salud Pública	Liliana Alfonso
Profesional Especializado del Grupo Medicina Nuclear	Natali Barbosa Parada
Profesional Especializado de Protección Radiológica	Odilia Matlos
Profesional Especializada Grupo Área Docencia	Carmen Stella Quintero
Profesional Especializada de la Subdirección General Investigación, Vigilancia Epidemiológica, Promoción y	Luz Eddy Talero
Profesional Universitario de la Subdirección General de la Gestión Administrativa y Financiera	Marlen Umbarila
4. DURANTE LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS	
A) HA CAMBIADO LA DENOMINACIÓN DE LA COMPAÑÍA ?	
SI ☐ NO ☒ EN CASO AFIRMATIVO DAR DETALLES:	
B) LA ESTRUCTURA DEL CAPITAL SOCIAL A SUFRIDO MODIFICACIONES?	
SI ☐ NO ☒ EN CASO AFIRMATIVO DAR DETALLES:	
C) HA TENIDO LUGAR ALGUNA ADQUISICIÓN, FUSIÓN, ABSORCIÓN, ETC. DE OTRAS EMPRESAS?	
SI ☐ NO ☒ EN CASO AFIRMATIVO DAR DETALLES:	
5. A) CONSIDERA ACTUALMENTE LA POSIBILIDAD DE ALGUNA ADQUISICIÓN, FUSIÓN, ABSORCIÓN, ETC. DE OTRAS EMPRESAS?	
SI ☐ NO ☒ 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 ☒ EN CASO AFIRMATIVO DAR DETALLES:	
C) SE ESTA ESTUDIANDO O CONSIDERANDO LA COTIZACIÓN EN BOLSA DE LAS ACCIONES DE SU EMPRESA?	
SI ☐ NO ☒ EN CASO AFIRMATIVO DAR DETALLES:	
6. ES LA EMPRESA	
A) PÚBLICA ☒ B) MIXTA ☐ EN CASO DE SER MIXTA ESPECIFICAR EL PORCENTAJE DE ACCIONES ASÍ:	
100 % EN PODER DEL SECTOR PRIVADO	
100 % EN PODER DEL ESTADO	
7. LA EMPRESA SE ENCUENTRA BAJO LA VIGILANCIA O CONTROL DE	
☒ CONTRALORÍA ☒ 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	
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	
N / A	
C) COMPAÑÍAS FILIALES DE LA EMPRESA, PORCENTAJE DE PARTICIPACIÓN EN AQUELLAS. PARA SU INFORMACIÓN, LES INDICAMOS QUE QUEDARAN AUTOMÁTICAMENTE INCLUIDAS EN LAS PÓLIZAS LAS COMPAÑÍAS FILIALES CUYO PORCENTAJE DE PARTICIPACIÓN SEA SUPERIOR AL 50%, SI FACILITAN BALANCES CONSOLIDADOS.	
N / A	
9. SE HA ADQUIRIDO O VENDIDO FILIALES O SUBSIDIARIAS DURANTE LOS ÚLTIMOS 18 MESES ?	
SI ☐ NO ☒ EN CASO AFIRMATIVO DAR DETALLES:	

**CUESTIONARIO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PARA
SERVIDORES PÚBLICOS**

10. TIENE LA EMPRESA EN EL MOMENTO SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL SERVIDORES PÚBLICOS O DIRECTORES Y ADMINISTRADORES

SI ☒ NO ☐ EN CASO AFIRMATIVO DAR DETALLES:

VIGENCIA: DESDE: mayo 30 de 2016 HASTA: mayo 30 de 2017
LÍMITE ASEGURADO: \$ 1.000.000.000
COMPAÑÍA DE SEGUROS: LA PREVISORA

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 NEGADO ALGÚN ASEGURADOR LA COBERTURA DEL RIESGO A LAS PERSONAS 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: PROCESO PENAL DRA. RUTH STELLA ROA

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:

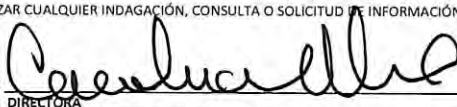
15. EXISTE ALGUNA CALIFICACIÓN, COMENTARIO U OBSERVACIÓN CONTENIDA EN EL INFORME DE LOS AUDITORES O ENTIDADES DE CONTROL SOBRE LA COMPAÑÍA?

SI ☐ NO ☒ EN CASO AFIRMATIVO DAR DETALLES:

16. EXISTE ALGUNA RESPONSABILIDAD O ASPECTO EXTRAORDINARIO INDICADO DENTRO DEL INFORME FINANCIERO?

SI ☐ NO ☒ 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 CONSIDERE NECESARIA.

FIRMADO : 
CARGO : DIRECTORA
NOMBRE : DRA. CAROLINA WIESNER CEBALLOS
FECHA : 21 de febrero de 2017

* ES IMPORTANTE QUE EL REPRESENTANTE LEGAL QUE FIRME ESTA DECLARACIÓN TENGA UN BUEN CONOCIMIENTO DEL ÁMBITO DE ESTA COBERTURA PARA QUE LAS PREGUNTAS SEAN CONTESTADAS CORRECTAMENTE. EN CASO DE DUDA ROGAMOS CONTACTEN CON SU INTERMEDIARIO DE SEGUROS PIZANO ECHEVERRI Y ASOCIADOS LTDA. PUESTO QUE LA NO DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN PUEDE AFECTAR A LOS DERECHOS DEL ASEGURADO PUEDE ANULAR LA PÓLIZA.

LISTADO DE DOCUMENTOS OBLIGATORIOS QUE SE DEBEN ADJUNTAR

- ☒ BALANCE GENERAL COMPARATIVO DOS ÚLTIMOS AÑOS DE EJERCICIO
- ☐ INFORME DE REVISOR FISCAL O ENTIDAD QUE HAGA SUS VECES, DEL ÚLTIMO AÑO DE EJERCICIO
- ☐ CERTIFICADO DE CONSTITUCIÓN DE CÁMARA Y COMERCIO
- ☒ ORGANIGRAMA DE LA EMPRESA

FORMULARIO INFIDELIDAD DE RIESGOS FINANCIEROS

VALOR ASEGURADO: \$400.000.000

CUESTIONARIO DE INFIDELIDAD Y RIESGOS FINANCIEROS



Instituto Nacional
de Cancerología-ESE
Colombia
Por el control del cáncer

MUY IMPORTANTE: AL DILIGENCIAR EL PRESENTE DOCUMENTO ES NECESARIO RESPONDER LAS PREGUNTAS CON TODA PRECISIÓN Y DE ACUERDO COMO SON LA REALIDAD DE LOS PROCEDIMIENTOS O SEGURIDADES DENTRO DE LA EMPRESA (SE DEBE RESPONDER SEGÚN LA REALIDAD DE LOS PROCESOS, NO COMO QUISIÉRAMOS QUE FUERAN) CUALQUIER RESPUESTA QUE NO ESTÉ DE ACUERDO CON LA REALIDAD DEL RIESGO PODRÍA CAUSAR LA PERDIDA DE LA INDEMNIZACIÓN.

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. INFORMACIÓN DEL ASEGURADO

A. NOMBRE DEL ASEGURADO: INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

B. INDICAR LAS PRINCIPALES ACTIVIDADES DEL ASEGURADOR (BREVE):
INSTITUCIÓN DE CARÁCTER PÚBLICO DE ORDEN NACIONAL QUE TRABAJA POR EL CONTROL DEL CÁNCER

C. DIRECCIÓN PRINCIPAL: CALLE 1 NO. 9 BS

D. TIPO DE ORGANIZACIÓN: PS EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

E. NÚMERO TOTAL DE ACCIONISTAS: N/A

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

SI ☐ NO ☒

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA FAVOR ENUMERAR NOMBRES Y PORCENTAJES:

N/A

G. FECHA DE FUNDACIÓN: 20 DE JULIO DE 1934

H. FAVOR ADJUNTAR EL ÚLTIMO REPORTE ANUAL SI HA SIDO PUBLICADO. DE OTRA MANERA ANEXE EL ESTADO FINANCIERO MÁS 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.

N/A

II. INFORMACIÓN FINANCIERA

Cifras expresadas en Millones de Pesos Colombianos -COP

	AÑO 2015	AÑO 2014	AÑO 2013
A. INGRESOS	\$ 223.963	\$ 197.841	\$ 196.753
B. UTILIDADES O PERDIDAS NETAS	\$ 16.057	\$ 12.146	\$ 9.321
C. CAPITAL	\$ 181.852	\$ 169.702	\$ 160.376
D. GANANCIAS RETENIDAS	\$ -	\$ -	\$ -
E. SUPERÁVIT DE CAPITAL	\$ 13.438	\$ 13.438	\$ 13.438
F. ACTIVOS CORRIENTES TOTALES	\$ 101.823	\$ 97.171	\$ 75.411
G. PASIVOS CORRIENTES TOTALES	\$ 8.405	\$ 6.507	\$ 6.554
H. FLUJO DE CAJA		\$ -	\$ -

III. NATURALEZA DEL NEGOCIO

J. NEGOCIO PRINCIPAL Y CONTRIBUCIÓN APROXIMADA A LOS INGRESOS

INSTITUCIÓN DE CARÁCTER PÚBLICO DE ORDEN NACIONAL QUE TRABAJA POR EL CONTROL DEL CÁNCER A TRAVÉS DE LA ATENCIÓN DE PACIENTES ONCOLÓGICOS, LA INVESTIGACIÓN, LA FORMACIÓN DEL TALENTO HUMANO Y EL DESARROLLO DE ACCIONES EN SALUD PÚBLICA.

K. EN EL CURSO DEL NEGOCIO EL ASEGURADO:

1. SE INVOLUCRA EN NEGOCIACIÓN DE TÍTULOS VALORES, MERCANCÍAS, DIVISAS, ETC.

SI ☐ NO ☒

2. ¿HACE PRESTAMOS O CRÉDITOS 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 (INTERNOS)

IV. EMPLEADOS Y OFICINAS

A. NUMERO TOTAL DE EMPLEADOS UBICADO EN COLOMBIA

773 EMPLEADOS DE PLANTA
20 TRANSITORIOS (12 Trabajadores Oficiales - 2 Empleados Públicos
94 CONTRATISTAS

B. CLASE 1. EMPLEADOS LOCALIZADOS EN COLOMBIA

PÚBLICOS, OFICIALES Y CONTRATISTAS

GERENTE GENERAL

CAROLINA WIESNER CEBALLOS

SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO

JUAN JOSÉ PEREZ ACEVEDO

SUBDIRECTOR MEDICO

JESÚS ANTONIO ACOSTA PEÑARANDA

SUBDIRECTOR DE INVESTIGACIONES

AMARANTO SUAREZ

TESORERO

MARIA BERNARDITA JARA PARRADO

ASISTENTE TESORERIA

AUXILIARES DE TESORERIA: NINFA VALBUENA, XIOMARA RUBIANO

SECRETARIO

ASISTENTE DEL SECRETARIO

INTERVENTOR

ASISTENTE DE INTERVENTORIA

GERENTE DE PUBLICIDAD

GERENTE DE OFICINA

GERENTE DE DEPARTAMENTO

GERENTE DE SUCURSAL

ASISTENTE DE GERENTE SUCURSAL

GERENTE DE VENTAS

ASISTENTE GERENCIA VENTAS

GERENTE DE VENTAS DE SUCURSAL

AGENTE DE COMPRAS O COMPRADORES

ASISTENTE DEL AGENTE DE COMPRAS O COMPRADORES

VENDEDORES (EXTERNOS Y COBRADORES)

VENDEDORES (EXTERNOS Y COBRADORES)

VENDEDORES (INTERNOS)

CAJEROS

RUBIELA CRUZ, LUIS MENDEZ (GAICA)

CONTADORES Y AUDITORES

ANA NANCY CAMELO

ENCARGADOS DE LIBROS DE CONTABILIDAD

ANA NANCY CAMELO

GERENTES DE CRÉDITO

ENCARGADOS DE MANEJO DE EFECTIVO

RUBIELA CRUZ, LUIS MENDEZ

ENCARGADOS DE NOMINA

ERNOFAL TRUJILLO

COBRADORES

OUTSOURCING DE COBRANZAS EXTERNAS

MENSAJEROS EXTERNOS

SUPERINTENDENTE GENERAL

ASISTENTE O SUPERVISOR DE FABRICA

APUNTADORES

PAGADORES	
GERENTE DE COMERCIO	
ENCARGADOS DE RECIBOS	CINCO (5) FUNCIONARIOS DEL GRUPO ALMACÉN
ENCARGADOS DE DESPACHOS	
ENCARGADOS DE INVENTARIOS	SEIS (6) FUNCIONARIOS DEL GRUPO ALMACEN
CELADORES	
PORTEROS Y GUARDIAS	EMPRESA DE VIGILANCIA TERCERIZADA - VIGÍAS DE COLOMBIA
CONDUCTORES (RECOLECTORES)	
CONDUCTORES (NO RECOLECTORES)	
TOTAL CLASE 1	TREINTA Y SEIS (36)

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

DINERO EN EFECTIVO

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

TÍTULOS VALORES

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

D. NUMERO DE PREDIOS DENTRO DE COLOMBIA

VENTAS POR MENOR	N / A
VENTAS AL POR MAYOR	N / A
DISTRIBUCIÓN	N / A
MANUFACTURERA	N / A
OFICINA PRINCIPAL	N / A

OFICINA REGIONAL

N/A

SUCURSAL

N/A

OTRAS

N/A

E. EMPLEADOS EXTRANJEROS Y PREDIOS

CIUDAD	N°. EMPLEADOS	OFICINA	NATURALEZA DEL NEGOCIO

TOTAL : _____

V. 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 :

NEXIA M&A INTERNATIONAL S.A.S. -CARRERA 13A 97-54

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 ÚLTIMOS 5 AÑOS

SI ☒ NO ☐

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

EL INC NO CUENTA CON CONTRATO DE AUDITORIA EXTERNA, PERO SI DE REVISORIA FISCAL Y PARA LAS VIGENCIAS 2015 Y 2016 LA FIRMA DE REVISORIA FISCAL ES NEXIA INTERNACIONAL Y LA ANTERIOR LA FIRMA BDO AUDIT

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 ÚLTIMAS AUDITORÍAS 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:

POR LO GENERAL LAS RECOMENDACIONES DE REVISORIA FISCAL SON ADOPTADAS.

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

SI ☐ NO ☒

SI LA RESPUESTA ES NEGATIVA, ¿A QUIÉN REPORTAN?

AL DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO

G. AUDITORIA INTERNA

TIENE USTED UN DEPARTAMENTO DE AUDITORIA INTERNA?

SI ☐ NO ☒

NO, EL INSTITUTO CUENTA CON OFICINA DE CONTROL INTERNO ADICIONAL AL SERVICIO DE LA REVISORIA FISCAL

SI LO ANTERIOR ES POSITIVO

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

SI ☐ NO ☒

SI LA RESPUESTA ES NEGATIVA, ¿A QUIÉN REPORTAN?

REPORTA AL DIRECTO GENERAL DEL INSTITUTO

2. ¿CUANTOS EMPLEADOS SON DESIGNADOS PARA AUDITORIA INTERNA?

LA OFICINA DE CONTROL INTERNO TIENE UN PROMEDIO ASIGNADO DE 25 FUNCIONARIOS PARA REALIZAR ESTE TRABAJO

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

SI ☒ NO ☐

4. ¿CADA CUANTO (EN UN AÑO) SE REALIZAN AUDITORÍAS INTERNAS COMPLETAS?

ANUALMENTE - SE PRIORIZAN LAS AUDITORÍAS INTERNAS QUE SE REALIZARÁN Y QUE SON APROBADAS EN EL PROGRAMA ACTUAL DE AUDITORÍAS INTERNAS.

5. ¿TODAS LAS LOCALIDADES, INCLUYENDO LAS FACILIDADES DE PROCESAMIENTO ELECTRÓNICO ESTÁN INCLUIDAS?

SI ☐ NO ☒

6. ¿SE HACEN REPORTES ESCRITOS?

SI ☒ NO ☐

¿A QUIÉN SE ENVÍAN?

DIRECCIÓN GENERAL Y RESPONSABLES DE LOS PROCESOS SUS PROCEDIMIENTOS AUDITADOS

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

SI ☐ NO ☒

¿A COMPAÑÍAS SUBSIDIADAS?

SI ☐ NO ☒

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



VI. CONTROLES

A. COMPRAS, INVENTARIO Y CONCILIACIÓN DE CUENTAS

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

SI ☐ NO ☐ N/A

2. ¿UTILIZA USTED FORMATOS DE COMPRA CON NÚMEROS PRE IMPRESOS SERIALES, ÓRDENES DE PAGO, REPORTE DE RECIBOS Y SOLICITUD DE CUPONES DE CHEQUES?

SI ☒ NO ☐

3. ¿ANTES DEL PAGO, SON CONCILIADAS LAS ÓRDENES DE PAGO, RECIBOS DE VENTAS Y LOS DOCUMENTOS DE RECIBOS Y LA INFORMACIÓN DEL VENDEDOR COMPARADA CON LA LISTA APROBADA DE VENDEDORES POR UNA PERSONA NO ASIGNADA A COMPRAS O RECIBOS?

SI ☒ NO ☐

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

SI ☒ NO ☐

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

SI ☒ NO ☐

6. ¿LOS COMPRADORES Y ASISTENTES DE COMPRA ESTÁN SUJETOS A ALGÚN LIMITE ESPECÍFICO DE AUTORIZACIÓN?

SI ☐ NO ☐

ACLARACIÓN: EL GRUPO DE COMPRAS REALIZA LOS TRÁMITES PERTINENTES PARA LA CONSECUCCIÓN DE LOS INSUMOS Y OFERENTES

ESTAS PROPUESTAS SON PRESENTADAS AL COMITÉ DE ADQUISICIONES, PRESEDIDO POR EL DIRECTOR GENERAL.

7. ¿SE HACE UN INVENTARIO COMPLETO DE MERCANCÍAS 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 TAMBIÉN FIRMAN CHEQUES?

SI ☐ NO ☒

10. ¿MANEJAN DEPÓSITOS?

SI ☒ NO ☐

11. ¿TIENEN ACCESO A MAQUINAS FIRMADORAS DE CHEQUES?

SI ☐ NO ☒

12. ¿TIENEN ACCESO A TERMINALES DE TRANSFERENCIA ELÉCTRICA DE FONDOS O PROTOCOLOS?

SI ☒ NO ☐

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

SI ☒ NO ☐

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

SI ☒ NO ☐



SI LO ANTERIOR ES POSITIVO, DESCRÍBALOS
SEGÚN LO ESTABLECIDO POR LOS PROTOCOLOS Y PROCEDIMIENTOS INSTITUCIONALES.

B. PROCESAMIENTO ELECTRÓNICO DE DATOS (P.E.D.) Y TRANSFERENCIAS EN LÍNEA (E.D.P.)

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

LOS PCS E IMPRESORAS ESTÁN EN OUTSOURCING.

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

SI ☒ NO ☐

EXPLICAR : ÚNICAMENTE EL TESORERO

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

SI ☒ NO ☐

4. ¿LAS FUNCIONES DE PROGRAMACIÓN Y PROCESAMIENTO OPERACIONALMENTE Y FÍSICAMENTE ESTÁN 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 AUTOMÁTICO Y UN MANUAL DE USO DEL LOGO? ¿USO?

SI ☒ NO ☐

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

SI ☒ NO ☐

8. ¿LAS OPERACIONES COMPUTARIZADAS DE ESCRITURA DE CHEQUES ESTÁN 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 ÁMBITO DE LA AUDITORIA ACTUAL :

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

SI ☐ NO ☒

DESCRÍBALA:

12. CON RESPECTO A TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA DE FONDOS:

a. ¿CUAL ES SU VOLUMEN APROXIMADO DE TRANSACCIONES?

MENSUAL PROVEEDORES DE 100 A 150 - NOMINA PAGO A 800 EMPLEADOS DE PLANTA Y SUPERNUMERARIOS

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

MONTO MÁXIMO DIARIO \$5.000.000.000

c. ¿CUAL ES LA CANTIDAD MÁXIMA INDIVIDUAL TRANSFERIDA?

MONTO MÁXIMO DIARIO \$5.000.000.000

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

SI, PROCEDIMIENTO DESCRITO EN SIAPINC

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

EL COORDINADOR DEL GRUPO DE TESORERIA Y COORDINADOR GRUPO AREA DE GESTION FINANCIERA,

MONTO MAXIMO DIARIO \$5.000.000.000

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

SI ☐ NO ☒

16. COMO TRANSMITE USTED LAS INSTRUCCIONES DE TRANSFERENCIA (TELÉFONO, TERMINALES DEDICADAS, TÉLEX, 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 CONFIRMACIÓN DE TODAS LAS TRANSACCIONES EN LÍNEA 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 ☐

1

1. ¿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 QUIÉN REPORTA?

SE TIENE VIGILANCIA PRIVADA - VIGÍAS DE COLOMBIA

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

56 FUNCIONARIOS

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, TÍTULOS VALORES NEGOCIABLES, LLAVES DE LAS CAJAS FUERTES Y CAJILLAS DE SEGURIDAD, CÓDIGOS, LLAVES DE PRUEBAS, CHEQUES EN BLANCO, GIROS Y VALORES SIMILARES O PROPIEDAD QUE POTENCIALMENTE SEA DE VALOR?

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 LE 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 CRÉDITO, POLICÍA O DAS, PREVIOS EMPLEADORES, APLICACIONES INDIVIDUALES, ETC.) SI SUS PROCEDIMIENTOS DIFIEREN PARA LAS DISTINTAS CATEGORÍAS DE EMPLEADOS?

FAVOR SUMINISTRAR POR ANEXO DETALLES DE CADA UNO.

POR CONCURSO

11. ¿ CUAL ES LA TASA DE INGRESO APROXIMADO 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 RAZÓN PARA LA DIFERENCIA?

N/A

13. FAVOR DESCRIBA SU ORGANIZACIÓN EN TÉRMINOS DE SU ESTILO GERENCIAL, LÍNEAS DE REPORTAR Y AUTORIDAD (CENTRALIZADA O DESCENTRALIZADA; ESTRUCTURADA O RESTRUCTURADA; EMPRESARIAL O BUROCRÁTICA)

ADJUNTO ORGANIGRAMA

14. EN LOS ÚLTIMOS 6 AÑOS, ¿ EL ASEGURADO Y/O CUALQUIERA DE SUS DIRECTORES SE HA VISTO INVOLUCRADO EN CUALQUIER ACCIÓN CIVIL, PENAL O ADMINISTRATIVA CON RESPECTO A VIOLACIÓN DE CUALQUIER LEY O REGULACIÓN O LA OMISIÓN DE UN ACTO FRAUDULENTO O DESHONESTO?

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 COMISIÓN DE ACTOS FRAUDULENTOS O DESHONESTOS? (AL SERVICIO DEL ASEGURADO O DE CUALQUIER OTRA FORMA)

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 ACTO FRAUDULENTO O DESHONESTO ANTERIOR.

VII. PREDIOS Y TRANSITO

A. ¿ TIENEN NOMINA EN EFECTIVO?

SI ☐ NO ☒

SI LO ANTERIOR ES POSITIVO, SUMINISTRAR DETALLES COMPLETOS EN HOJA SEPARADA, INCLUYENDO LOCALIDADES, CANTIDADES MÁXIMAS, NUMERO DE GUARDIAS, TIPOS Y CLASES DE CAJAS DE SEGURIDAD, SISTEMA DE ALARMA, USO DE CARROS BLINDADOS Y PERIODOS DE EXPOSICIÓN.

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 GUARDIAS, USO DE CARROS BLINDADOS PARA TRANSPORTAR Y CUALQUIER OTRA MEDIDA DE SEGURIDAD QUE SE TOME.

C. INDIQUE EL VALOR MÁXIMO EXTRACTO DE INFORMACIÓN EN MILES

	EFFECTIVO	BONOS Y ACCIONES AL PORTADOR, TÍTULOS VALORES AL COBRO EN CUSTODIA Y PROPIOS.	OTROS VALORES (**)
1. DIRECCION GENERAL	N / A	-	-
2. SUCURSALES CON AGENCIAS DEPENDIENTES	N / A	-	-
3. SUCURSALES CON AGENCIAS INDEPENDIENTES	N / A	-	-
4. AGENCIAS	N / A	-	-
COMPUTO	N / A	-	-
(**) DESCRIPCIÓN DE OTROS	N / A	-	-

D. INDICAR LA CANTIDAD MÁXIMA DE EFFECTIVO EN MILES DE PESOS

	EN BÓVEDA CAJA FUERTE	CON CUALQUIER CAJERO	CON TODOS LOS CAJEROS
1. DIRECCION GENERAL	N / A	-	-
2. SUCURSALES CON AGENCIAS DEPENDIENTES	N / A	-	-
3. SUCURSALES CON AGENCIAS INDEPENDIENTES	N / A	-	-
4. AGENCIAS	N / A	-	-
COMPUTO	N / A	-	-
(**) DESCRIPCIÓN	N / A	-	-

E. INDICAR LA CANTIDAD MÁXIMA DE EFFECTIVO Y VALORES EN TRANSITO (EN MILES) POR REMISIÓN INDIVIDUAL

	CON MENSAJERO	VEHÍCULOS BLINDADOS DE EMPRESA TRANSPORTADORA	VEHÍCULO BLINDADO PROPIO
1. EFFECTIVO		\$ 5.000.000	-
2. CANJE ENVIADO		-	-
3. REMESAS NEGOCIADAS Y AL COBRO		-	-
4. CERTIFICADOS		-	-
DESCRIPCIÓN		-	-

F. INDIQUE CUAL ES LA MÁXIMA CANTIDAD ACUMULADA DE EFFECTIVO, TÍTULOS VALORES NEGOCIABLES Y/O CHEQUES QUE MANTIENE EN PREDIOS O TRANSPORTA A O DESDE CUALQUIER PREDIO

EN EFFECTIVO \$500.000., BASE MENSUAL EFFECTIVO PARA TESORERIA, CAJA Y GAICA

¿ EXISTE TAL ACUMULACIÓN EN TODOS LOS PREDIOS?

SI ☐ NO ☒

* DONDE EXISTA, FAVOR SUMINISTRAR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN EN HOJA SEPARADA :

1. CANTIDADES PROMEDIO Y MÁXIMAS POR TIPO DE EXPOSICIÓN (EFFECTIVO, CHEQUES, TÍTULOS VALORES)

EFFECTIVO \$500.000

CHEQUES \$3.000.000 \$ CHEQUERAS EN USO

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

DOS (2) CAJAS FUERTES DE PISO CON COMBINACION MECANICA, Y DOS (2) CAJAS FUERTES DE PISO TIPO ALCANCIA CON COMBINACION

MECANICA

3. TIPO Y CLASE DE CUALQUIER SISTEMA DE ALARMA

SENSORES DE MOVIMIENTO, CIRCUITO CERRADO DE TELEVISIÓN



4. NUMERO DE CELADORES LABORANDO EN LOS PREDIOS

56

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

NINGUNO

6. USO DE CARROS BLINDADOS (VALORES, FRECUENCIA)

DIARIO - ENVIO POR TRANSPORTADORA- RESPONSABLE BANCO POPULAR - ENTRE \$1.000.000 A \$15.000.000 DEPENDIENDO DEL INGRESO

DIARIO POR CAJA

7. CUALQUIER OTRA INFORMACIÓN SOBRE LA SEGURIDAD FÍSICA APLICABLE A SU NEGOCIO O A SUS EXPOSICIONES

SE CUENTA CON LOS MEDIOS DE SEGURIDAD ANTES INFORMADOS

INFORMACIÓN 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 CUALQUIER DEDUCIBLE, LAS CUALES HAYAN OCURRIDO DENTRO DE LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS.

FECHA DE OCURRENCIA	FECHA DE DESCUBRIMIENTO	CIUDAD Y OFICINA	FECHA DE DENUNCIA PENAL	CAUSA	MONTO BRUTO	HUBO DETENCIÓN O DESPIDO DE EMPLEADOS A CAUSA DE PARTICIPACIÓN U OMISIÓN
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

A MENOS QUE LA INFORMACIÓN ANTERIOR HAYA SIDO SUMINISTRADA ANTES, FAVOR DESCRIBA LAS MEDIDAS CORRECTIVAS TOMADAS PARA EVITAR LA RECURRENCIA

N/A

VIII. 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 PÓLIZA

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?

POR RENOVACIÓN

C. ¿ SE LE CANCELO O NEGADO EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS ALGÚN SEGURO DE COBERTURA SIMILAR? :

SI ☐

NO ☒

SI ES AFIRMATIVO SUMINISTRE DETALLES COMPLETOS

N/A

D. COBERTURA REQUERIDA

AMPARAR LAS PÉRDIDAS PATRIMONIALES CAUSADA AL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA E.S.E., SUS REEMPLAZANTES CUYOS

CARGOS Y OBLIGACIONES IMPLIQUEN MENOSCABO DEL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA E.S.E., POR INFIDELIDAD DE RIESGOS

FINANCIEROS

COBERTURA

INFIDELIDAD DE RIESGOS FINANCIEROS

LIMITE SOLICITADO

\$1.000.000.000.

¿ 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 NINGÚN HECHO MATERIAL. ACORDAMOS QUE ESTA PROPUESTA JUNTO CON CUALQUIER OTRA INFORMACIÓN SUMINISTRADA POR NOSOTROS, SERÁ LA BASE DE CUALQUIER CONTRATO DE SEGURO EFECTUADO Y SERÁ INCORPORADO EN EL MISMO. NOS OBLIGAMOS A INFORMAR A LOS ASEGURADORES DE CUALQUIER ALTERACIÓN MATERIAL A ESTOS HECHOS YA SEA QUE HAYAN OCURRIDO ANTES O DESPUÉS DE HABER COMPLETADO EL CONTRATO DE SEGURO SIN

EN FE DE LO CUAL SE FIRMA EN

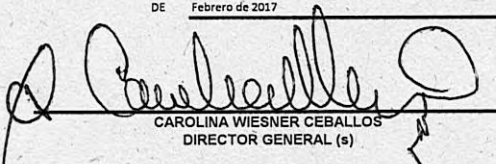
BOGOTÁ

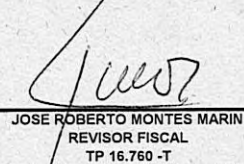
A LOS

20

DÍAS DEL MES

DE Febrero de 2017


CAROLINA WIESNER CEBALLOS
DIRECTOR GENERAL (s)


JOSE ROBERTO MONTES MARIN
REVISOR FISCAL
TP 16.760 - T

En representación de Nexia M&A International S.A.S.

ANEXO DE SEGURIDAD FÍSICA

1. CANTIDADES MÁXIMAS POR TIPO DE EXPOSICIÓN (EFECTIVO, CHEQUE, TÍTULOS VALORES)

EFECTIVO \$500.000. MENSUAL

CHEQUES \$300.000.000. MENSUAL

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

SE CUENTA CON TRES (3) CAJAS FUERTES

3. TIPO Y CLASE DE CUALQUIER SISTEMA DE ALARMA

SENSORES DE MOVIMIENTO PARA INTRUSIÓN

SENSORES DE HUMO PARA INCENDIO

CIRCUITO CERRADO DE CÁMARAS DE VIGILANCIA

4. NUMERO DE CELADORES LABORANDO EN LOS PREDIOS

SESENTA Y OCHO (68)

5. CUALQUIER OTRA INFORMACIÓN SOBRE LA SEGURIDAD FÍSICA APLICABLE A SU NEGOCIO O A SUS EXPOSICIONES

INFORMACIÓN DE LAS CONDICIONES DE SEGURIDAD INFORMADA