



CONVOCATORIA PÚBLICA No. 263 de 2020

Página 1 de 5

EL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA E.S.E, CONVOCA A PROVEEDORES LEGALMENTE CONSTITUIDOS EN COLOMBIA, PERSONAS JURÍDICAS Y TENIENDO EN CUENTA QUE EL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE, CONSIDERA NECESARIO Y OPORTUNO CONTRATAR BAJO LA MODALIDAD DE CONVOCATORIA PÚBLICA PARA SELECCIONAR 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: 1.000 SMMLV AÑO 2020
\$ 877.803.000

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 INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA E.S.E.		NIT 899.999.092-7	
DOMICILIO AVENIDA 1 # 9 - 85		CIUDAD BOGOTÁ	
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA		TELÉFONOS 4320160	
FAX		E-MAIL 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? 11 SE SEPTIEMBRE DE 1934			
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	
CPRED	SAN JUAN DE DIOS SUBSOTANO	CARRERA 10 No. 1 59 sur	



CONVOCATORIA PÚBLICA No. 263 de 2020

SEDE ZIPAQUIRA	NUEVO HOSPITAL DE ZIPAQUIRA	CALL 1 SUR No. 15-90		
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 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 LINA MARÍA TRUJILLO SANCHEZ				
2. EXPERIENCIA LABORAL EN LOS ÚLTIMOS 3 AÑOS (POR FAVOR INCLUYA LA OCUPACIÓN ACTUAL)				
CARGO DESEMPEÑADO	TIEMPO	NOMBRE DE LA ENTIDAD	CIUDAD	TELÉFONO
SUBDIRECTORA DE ATENCIÓN MEDICA	14 MESES	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA	BOGOTÁ	4320160 EXT: 5100
DIRECTORA ENCARGADA	3 MESES	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA	BOGOTÁ	4320160 EXT: 2001
MEDICO ESPECIALISTA COORDINADORA GRUPO GINECOLOGIA	20 AÑOS	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA	BOGOTÁ	4320160 EXT: 5801
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	3 AÑOS	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA	BOGOTA	4320160 EXT 2000
DIRECTOR GENERAL (E)	2 AÑOS	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA	BOGOTA	4320160 EXT 2000
SUBDIRECTORA DE INVESTIGACIONES	2 AÑOS	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA	BOGOTA	4320160 EXT 4000
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 JUNIO 02 DE 2020		VIGENCIA HASTA JUNIO 02 DE 2021		



CONVOCATORIA PÚBLICA No. 263 de 2020

Página 3 de 5

2. SUMA ASEGURADA		
\$	CORRESPONDE A 1.000 SMMLV; LOS CUALES DEBEN AJUSTARSE ANUALMENTE	
877.803.000		
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):	\$	
	877.803.000,00	
* DESDE	junio 01 de 2019	
HASTA	junio 02 de 2020	
VIGENCIA(S):		
SECCIÓN III. TIPO DE INSTITUCIÓN		
PÚBLICA	PRIVADA	OTRA: _____
HOSPITAL GENERAL HOSPITAL DE MATERNIDAD H. CLÍNICA	HOSPITAL CON ENSEÑANZA UNIVERSITARIA HOSPITAL PSIQUIÁTRICO OTRO: INVESTIGACION Y DOCENCIA / SALA MUSEAL	HOSPITAL PEDIÁTRICO HOSPITAL CARDIOVASCULAR
SECCIÓN IV. INSTALACIONES, EQUIPOS DE SEGURIDAD Y PLANTA FUNCIONAL		
A. INFORMACIÓN ACERCA DE LA INSTITUCIÓN		
1. AÑO DE CONSTRUCCIÓN ADMIN: 1934 -CONS. EXT. 1999 HOSPITALIZACIÓN 1976, ,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 ADMIN: 3 CONSUL EXT: 6 Y HOSPITALIZACIÓN: 7	ÁREA TOTAL EN METROS CUADRADOS 39,000 M2	
2. CONSTRUIDO PARA BRINDAR SERVICIOS DE SALUD SEGÚN LAS NORMAS REMODELADO: AÑO DE ÚLTIMA REMODELACIÓN:		
3. AÑO DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN DEL SISTEMA ELÉCTRICO:		
2013 (3er PISO HOSPITALIZACIÓN OCCIDENTE). 2015, CENTRAL DE SUBESTACIÓN ELÉCTRICA, MANTENIMIENTO TERCERIZADO 3 VECES AL AÑO, 2018. ADECUACIÓN CEPRED , ADECUACIÓN Y MODERNIZACIÓN GAICA		
2019: MANTENIMIENTO CENTRAL ESTERILIZACIÓN, TODOS LOS PISOS DE HOSPITALIZACIÓN PISOS 3,4,6, SE CONSTRUYÓ UCI INTERMEDIA PEDIÁTRICA, MANTENIMIENTO A LAS UCIS EXISTENTE INTERMEDIAR ADUL, UCI ADULTO UCI PEDIÁTRICA, MANTENIMIENTO SALAS DE CIRUGÍA COLOCANDO SISTEMA POLI ASPÁRTICO, TANQUE DE AGUA DE ALMACENAMIENTO RED CONTRA INCENDIOS, 2020: 12 HABITACIONES PISO 3 NORTE . ADECUACIÓN PISO 3 SUR, CAMBIO DE CUBIERTAS EN POLICARBONATO, SE REALIZÓ EL CAMBIO DE LA CUBIERTA DEL EDIFICIO ADMINISTRATIVO Y AMPLIACIÓN DE BAJANTES Y CANALES, ADECUACIÓN Y MANTENIMIENTO DE BAJANTES DE AGUAS LLUVIAS Y AGUAS HERVIDAS, AJUSTE MEDIDAS DE SEGURIDAD A LOS TANQUE DE ACPM, REUBICACIÓN.		
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? 2 VECES AL AÑO		
AÑO 3 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	24 HORAS	CON RELOJ
NOCTURNA	VIDEOFILMACIÓN	
7. ¿SE PERMITE FUMAR EN LOS PREDIOS DE LA INSTITUCIÓN?		
SI	NO	



CONVOCATORIA PÚBLICA No. 263 de 2020

Página 4 de 5

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	11	79.73%
2. Cuidado intensivo para infantes / bebés	6	78.86%
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)	172	82.90%
(*) 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	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
Sala de emergencia (GAICA)	4.850	
Cirugía con internación	4.223	
Cirugía sin internación (ambulatoria)	2.404	
Sala de partos	N.A.	
Rehabilitación / terapia	N.A.	
Abuso de drogas / alcohol	N.A.	
Psiquiatría	N.A.	
Radiología (imágenes, ecografía, rayos-x)	18.228	
Terapia radiante	2.423	
Laboratorio (patología)	17.492	
Cardiología	4.728	
Otras (especifique):		
NÚMERO TOTAL DE PACIENTES	54.348	
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 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):		
147	MÉDICOS EMPLEADOS	174 OTROS PROFESIONALES EMPLEADOS
	MÉDICOS NO EMPLEADOS	12 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		



CONVOCATORIA PÚBLICA No. 263 de 2020

Página 5 de 5

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 Marzo de 2020

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL:

NOMBRE: CAROLINA WIESNER CEBALLOS

CARGO: DIRECTOR GENERAL

ACLARACIÓN: