

# RENOVACIÓN PÓLIZA RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y HOSPITALES

## VICEPRESIDENCIA TÉCNICA

NOMBRE DEL ASEGURADO E.S.E. Hospital Departamental San Vicente de Paul

NÚMERO DE PÓLIZA 1007625

SUCURSAL Neiva

Para tramitar los términos y/o condiciones de la póliza en referencia que vence el día curso  
curso, agradecemos suministrar la siguiente información.

25 del mes Enero del año en

1. Número del personal de planta sin los médicos detallados en el cuadro subsiguiente (Incluyendo personal paramédico - administrativo etc)

No 55

PERSONAL POR CONTRATO ASISTENCIAL	PERSONAL DE PLANTA GRUPO A	PERSONAL POR CONTRATO PRESENTACIÓN DE SERVICIOS GRUPO B
ESPECIALISTAS EN: <u>Anestesiología</u>	<u>1</u>	<u>3</u>
GINECÓLOGOS	<u>1</u>	<u>5</u>
GINECOBISTETRAS	<u>1</u>	<u>1</u>
PEDIATRÍA	<u>1</u>	<u>5</u>
DERMATOLOGÍA	<u>1</u>	<u>1</u>
CIRUGÍA	<u>1</u>	<u>6</u>
ORTOPEDIA	<u>1</u>	<u>4</u>
UROLOGÍA	<u>1</u>	<u>1</u>
RADIOLOGÍA	<u>1</u>	<u>5</u>
OTORRINOLARINGÓLOGO	<u>1</u>	<u>1</u>
INTERNISTA	<u>1</u>	<u>6</u>
DEMÁS MÉDICOS	<u>12</u>	<u>36</u>
AUXILIARES DE ENFERMERÍA	<u>56</u>	<u>219</u>
REGENTE DE FARMACIA	<u>1</u>	<u>1</u>
AUXILIARES DE FARMACIA	<u>2</u>	<u>20</u>
ODONTÓLOGOS	<u>1</u>	<u>1</u>
BACTERIÓLOGOS	<u>3</u>	<u>8</u>
VACUNADORES	<u>1</u>	<u>1</u>
OTROS: <u>Medicina Crítica</u>	<u>1</u>	<u>2</u>

2. ¿Ha tenido alguna reclamación o demanda de responsabilidad civil durante los últimos 5 años o tiene conocimiento de alguna(s) circunstancia(s) que pudiere(n) comprometer su responsabilidad civil en general?

Sí ☒ No ☐ Anexo

En caso de afirmativo adjuntar un soporte adicional, donde indique detalles cada proceso.

3. Número actual de camas 120 nivel de atención: 2

4. Valor asegurado Requerido \$ 800.000.000

5. Laboratorio Sí ☒ No ☐

6. Banco de Sangre Sí ☒ No ☐

7. Investigaciones Médicas Sí ☐ No ☒

8. Rayos X Sí ☒ No ☐

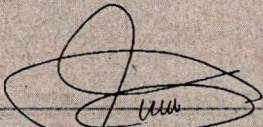
En caso afirmativo para las preguntas 6 y 7 por favor ampliar dicha información en un soporte adicional.

UTILIZACIÓN DE LAS ÁREAS DE SERVICIO	NÚMERO DE PACIENTES
9. Sala de emergencia	<u>30.273</u>
10. Cirugía sin internación (ambulatoria)	<u>1.598</u>
11. Rehabilitación / Terapia	<u>7.611</u>
12. Psiquiatría	<u>1</u>
13. Terapia radiante	<u>1</u>
14. Cardiología	<u>2.899</u>
15. Cirugía con internación	<u>4.077</u>
16. Sala de partos	<u>2.940</u>
17. Abuso de drogas / alcohol	<u>1</u>
18. Radiología (imágenes, ecografía, rayos - x)	<u>36.168</u>
19. Laboratorio (patología)	<u>42.248</u>
20. Otras (especifique) <u>Consulta Externa</u>	<u>51.029</u>

Se hace constar que el solicitante de este seguro declara conocer y aceptar íntegramente las condiciones generales y particulares que se aplicaran 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 formara parte integrante del mismo. El asegurado tiene el deber de avisar inmediatamente a la compañía de seguros dentro de las 72 horas de toda modificación aquí declarada.

### OBSERVACIÓN:



NOMBRE: Jorge Humberto Gontolet Bohamon

CARGO: Gerente

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL:

LUGAR Y FECHA: Carton, noviembre 2023