

INFORMACIÓN GENERAL																
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA INSTITUCIÓN																
NIT.	DOMICILIO															
QUIÉNES SON LOS PROPIETARIOS DE LA INSTITUCIÓN																
<input type="checkbox"/> Instituto de Seguros Sociales <input type="checkbox"/> Departamento <input type="checkbox"/> Municipios <input type="checkbox"/> Accionistas particulares <input type="checkbox"/> Otros																
NÚMERO DE REGISTRO DE LA SECRETARÍA DE SALUD	AÑO DE FUNDACIÓN															
NÚMERO PROMEDIO ANUAL DE PACIENTES _____ EN TRATAMIENTO AMBULANTE _____ HOSPITALIZADOS																
INFORMACIÓN SOBRE SERVICIOS																
SE PRESTAN LOS SERVICIOS MÉDICOS INHERENTES A LA ACTIVIDAD DE UNA CLÍNICA O UN HOSPITAL _____ SI _____ NO																
SE PRESTAN EXCLUSIVAMENTE LOS SERVICIOS DE TRATAMIENTO PRE-HOSPITALARIO _____ SI _____ NO																
SE TRATA DE UN ESTABLECIMIENTO PSIQUIÁTRICO O DE UNA CLÍNICA DE REPOSO _____ SI _____ NO																
SE TRATA DE UNA CLÍNICA GERIÁTRICA _____ SI _____ NO																
OTROS SERVICIOS PRESTADOS _____ _____ _____																
INFORMACIÓN SOBRE PERSONAL Y EQUIPO																
NÚMERO DE MÉDICOS BAJO RELACIÓN (GRUPO A) Y DE MÉDICOS CON AUTORIZACIÓN PARA EJERCER SU PROFESIÓN EN LOS PREDIOS DE LA INSTITUCIÓN (GRUPO B), SEGÚN SUS ESPECIALIZACIONES DE ACUERDO AL SIGUIENTE ESQUEMA:																
	<table style="width: 100%; border: none;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;"></th> <th style="width: 20%; text-align: center;">GRUPO A</th> <th style="width: 20%; text-align: center;">GRUPO B</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Anestesiólogos, Ginecólogos, Ginecobstetras:</td> <td style="text-align: center;">_____</td> <td style="text-align: center;">_____</td> </tr> <tr> <td>Cirujanos, ortopedia, urología, oftalmología, radiología</td> <td style="text-align: center;">_____</td> <td style="text-align: center;">_____</td> </tr> <tr> <td>Odontólogos, ortodoncistas</td> <td style="text-align: center;">_____</td> <td style="text-align: center;">_____</td> </tr> <tr> <td>Demás médicos</td> <td style="text-align: center;">_____</td> <td style="text-align: center;">_____</td> </tr> </tbody> </table>		GRUPO A	GRUPO B	Anestesiólogos, Ginecólogos, Ginecobstetras:	_____	_____	Cirujanos, ortopedia, urología, oftalmología, radiología	_____	_____	Odontólogos, ortodoncistas	_____	_____	Demás médicos	_____	_____
	GRUPO A	GRUPO B														
Anestesiólogos, Ginecólogos, Ginecobstetras:	_____	_____														
Cirujanos, ortopedia, urología, oftalmología, radiología	_____	_____														
Odontólogos, ortodoncistas	_____	_____														
Demás médicos	_____	_____														
NÚMERO DE PERSONAL DE PLANTA (SIN LOS MÉDICOS RELACIONADOS EN EL GRUPO A Y GRUPO B) INCLUYENDO PERSONAL PARAMÉDICO, ADMINISTRATIVO, ETC.	NÚMERO DE CAMAS DISPONIBLES PARA PACIENTES															
POSEE UNO O VARIOS DE LOS SIGUIENTES EQUIPOS	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">_____ Equipos de radiografía con fines de diagnóstico</td> <td style="width: 50%;">_____ Equipos de generación de rayos láser</td> </tr> <tr> <td>_____ Equipos de rayos X para terapéutica</td> <td>_____ Equipos de radiación por isótopos para terapéutica</td> </tr> <tr> <td>_____ Equipos de tomografías por ordenador - Scanner</td> <td>_____ Equipos de medicina nuclear, incluyendo las materias radioactivas</td> </tr> </table>	_____ Equipos de radiografía con fines de diagnóstico	_____ Equipos de generación de rayos láser	_____ Equipos de rayos X para terapéutica	_____ Equipos de radiación por isótopos para terapéutica	_____ Equipos de tomografías por ordenador - Scanner	_____ Equipos de medicina nuclear, incluyendo las materias radioactivas									
_____ Equipos de radiografía con fines de diagnóstico	_____ Equipos de generación de rayos láser															
_____ Equipos de rayos X para terapéutica	_____ Equipos de radiación por isótopos para terapéutica															
_____ Equipos de tomografías por ordenador - Scanner	_____ Equipos de medicina nuclear, incluyendo las materias radioactivas															
INFORMACIÓN SOBRE OTROS RIESGOS																
EXISTE UN BANCO DE SANGRE? _____ SI _____ NO	SE SUMINISTRA CONSERVAS DE SANGRE A OTRAS INSTITUCIONES? _____ SI _____ NO EN CASO AFIRMATIVO, EN QUÉ PORCENTAJE: _____															
EXISTE UNA FARMACIA PROPIA? _____ SI _____ NO	EN CASO AFIRMATIVO, CUÁNTOS FARMACÉUTICOS TITULADOS _____															
EXISTE UN LABORATORIO PROPIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS? _____ SI _____ NO	EN CASO AFIRMATIVO, CUÁNTOS QUÍMICOS TITULADOS _____															
EXISTE UN SERVICIO DE URGENCIAS CONN AMBULANCIAS PROPIAS? _____ SI _____ NO	EN CASO AFIRMATIVO, CUÁNTAS AMBULANCIAS? _____															

INFORMACIÓN RESPECTO AL SEGURO

HA TENIDO ALGUNA RECLAMACIÓN DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DURANTE LOS ÚLTIMOS CINCO (5) AÑOS: _____ SI _____ NO

EN CASO AFIRMATIVO DAR DETALLES: _____

TIENE CONOCIMIENTO DE ALGUNA CIRCUNSTANCIA QUE PUDIESE COMPROMETER SU RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL: _____ SI _____ NO

EN CASO AFIRMATIVO DAR DETALLES: _____

HA TENIDO ALGUNA RECLAMACIÓN DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DURANTE LOS ÚLTIMOS CINCO (5) AÑOS, O TIENE CONOCIMIENTO DE ALGUNA CIRCUNSTANCIA QUE PUDIESE COMPROMETER SU RESPONSABILIDAD CIVIL EN GENERAL: _____ SI _____ NO

EN CASO AFIRMATIVO DAR DETALLES: _____

HA TENIDO CONTRATADOS EN LOS ÚLTIMOS CINCO (5) AÑOS UN SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL: _____ SI _____ NO EN CASO AFIRMATIVO INDICAR:

COMPAÑÍA DE SEGUROS: _____
VIGENCIA DE LA PÓLIZA: _____ LÍMITE ASEGURADO: _____

LE HA SIDO REHUSADA O CANCELADA LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR ALGUNA COMPAÑÍA DE SEGUROS: _____ SI _____ NO

EN CASO AFIRMATIVO DAR DETALLES: _____

SUMA ASEGURADA SOLICITADA: _____

DECLARO QUE LAS RESPUESTAS AQUÍ CONSIGNADAS Y TODAS LAS DEMÁS CONDICIONES DE ESTA SOLICITUD SON VERÍDICAS. ACEPTO QUE CUALQUIER FALSEDAD EN ELLAS CONTENIDA, RELEVARÁ LA RESPONSABILIDAD DE LA COMPAÑÍA EN CASO DE RECLAMO. LA COMPAÑÍA NO ASUME RESPONSABILIDAD SINO MEDIANTE LA EXPEDICIÓN DE LA PÓLIZA DE SEGURO Y EL PAGO DE LA PRIMA.

FIRMA AUTORIZADA

LUGAR Y FECHA:
