



- Procesos
- Contratos
- Proveedores
- Mis procesos
- Menú
- Ir a

Buscar...

Escritorio → Menú → Procesos de la Entidad Estatal → Expediente → **Gestión de mensajes**

- Volver
- Todos**
- Nuevo
- En edición
- Selecciona

Buscar mensajes

(Búsqueda avanzada)

Todos los mensajes

Desde	Tipo	Referencia	Asunto	Archivos	Fecha	Estado	
☆ HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUE TOLIMA - EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	General	CO1.MSG.5736854	OTROS FORMULARIOS		1 hora de tiempo transcurrido (10/01/2024 10:07:10 AM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	Enviado	Detalle
☆ HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUE TOLIMA - EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	General	CO1.MSG.5736560	RESPUESTA OBSERVACIONES		17 horas de tiempo transcurrido (9/01/2024 6:13:22 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	Enviado	Detalle
☆ LA PREVISORA S.A. COMPAÑIA DE SEGUROS	General	CO1.MSG.5736240	OBSERVACIONES PPC - LA PREVISORA S.A. CIA DE SEGUROS - HFLA -001-2024 V.2.		20 horas de tiempo transcurrido (9/01/2024 3:16:17 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	Leídas	Detalle
☆ LA PREVISORA S.A. COMPAÑIA DE SEGUROS	General	CO1.MSG.5735379	OBSERVACIONES PPC - LA PREVISORA S.A. CIA DE SEGUROS - HFLA -001-2024		4 días de tiempo transcurrido (5/01/2024 5:15:09 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	Leídas	Detalle
☆ Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa	General	CO1.MSG.5735359	OBSERVACIONES AL PLIEGO DE CONDICIONES ASEGURDORA SOLIDARIA		4 días de tiempo transcurrido (5/01/2024 4:54:38 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	Leídas	Detalle

OPCIONES

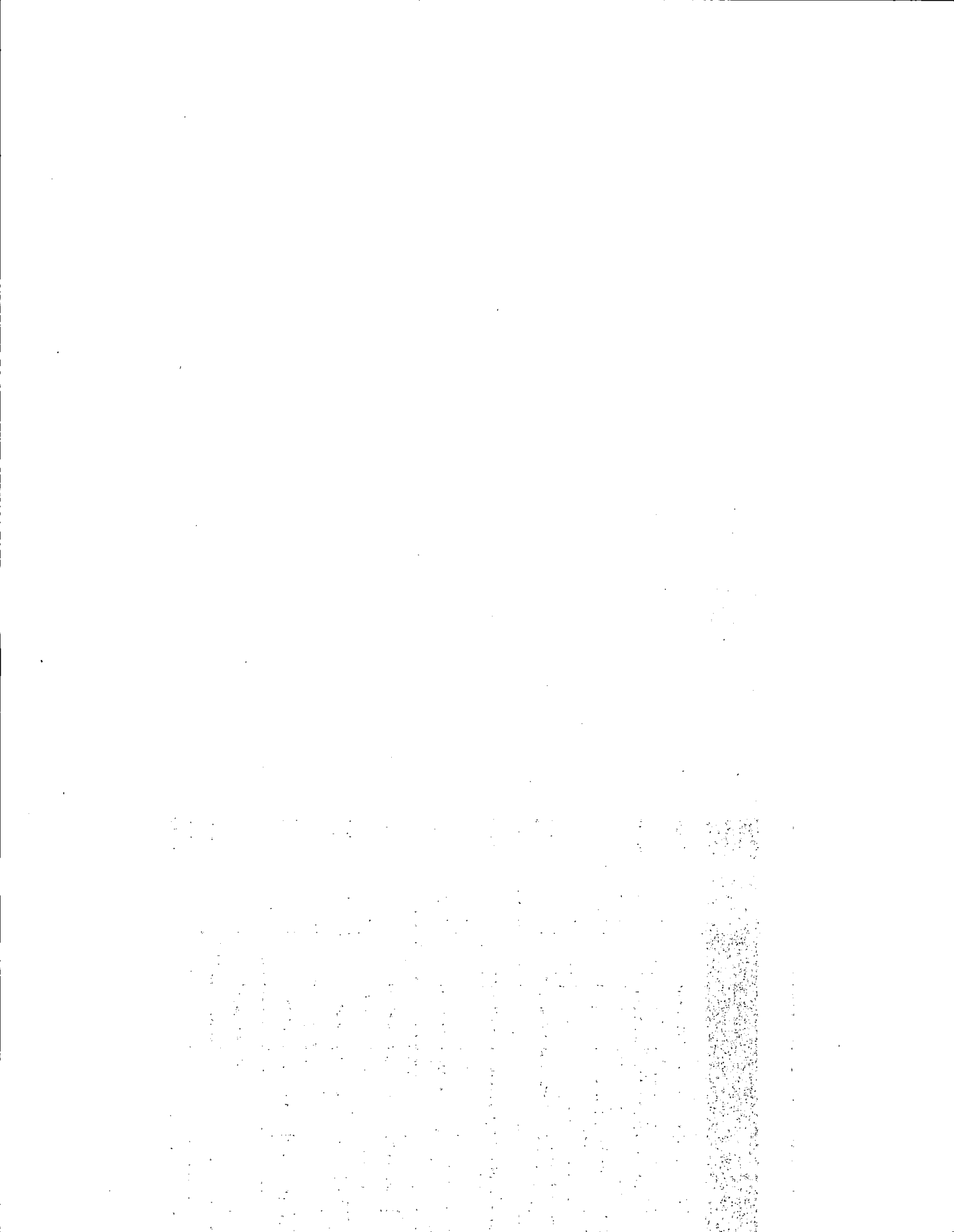
Borrar

FILTRAR MENSAJES

- Todos
- Nuevos
- Borradores
- Enviado
- Leídos
- Favoritos

HERRAMIENTAS

Herramientas no está disponible.





Aumentar el contraste



UTC -5 12:06:48
HOSPITAL FEDERICO...



- Procesos
- Contratos
- Proveedores
- Mis procesos
- Menú
- Ir a

Buscar...

Escritorio → Gestión de mensajes → Gestión de mensajes → **Detalles del mensaje**

Volver

Imprimir

Detalles de mensaje

Referencia interna: CONVOCATORIA PUBLICA DE MAYOR CUANTIA 001 DE 2024

Descripción del proceso CONTRATAR EL PROGRAMA DE SEGUROS QUE AMPARE LOS BIENES MUEBLES E INMUEBLES Y DEMAS INTERESES PATRIMONIALES DE PROPIEDAD DEL HOSP

De: HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUE TOLIMA - EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

Usuario: CESAR AUGUSTO MONTOYA PALOMINO

Fecha: 1 hora de tiempo transcurrido (10/01/2024 10:07:10 AM(UTC-05:00)
Bogotá, Lima, Quito)

Para: Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa; LIBERTY SEGUROS S.A.; Juan David Jimenez Lopez; Allianz Seguros S.A.; LA PREVISORA S.A. COMPAÑIA DE SEGUROS;

Referencia del mensaje CO1.MSG.5736854

Tipo de mensaje: General

Asunto: OTROS FORMULARIOS

	Documento	Nombre del documento	
Anexos	CUESTIONARIO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA CLINICAS Y HOSPITALES.pdf	CUESTIONARIO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA CLINICAS Y HOSPITALES.pdf	Detalle
	FORMATOS CTO PREVISORA.pdf	FORMATOS CTO PREVISORA.pdf	Detalle
	FORMULARIO DE PROPUESTA PARA INFIDELIDAD Y RIESGOS FINANCIEROS.pdf	FORMULARIO DE PROPUESTA PARA INFIDELIDAD Y RIESGOS FINANCIEROS.pdf	Detalle
	SOLICITUD DEL SEGUROS DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL.pdf	SOLICITUD DEL SEGUROS DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL.pdf	Detalle
	SOLICITUD SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PARA SERVIDORES PUBLICOS.pdf	SOLICITUD SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PARA SERVIDORES PUBLICOS.pdf	Detalle

Exportar todos

Texto de mensaje

Al momento de la apertura del proceso de la referencia no se incluyó la información de formulario de Aseguradora La Previsora, por lo cual se hace necesario incluir esta información en el proceso.

[Volver](#)[Descargar documento](#)[Cerrar](#)

DETALLE DEL DOCUMENTO

Identificación del documento

ID del documento 1D3A1216E93ADDF3F2A84C7497C7986B39805F3B4DCBA0E9F4B50DD519CA4361

Ubicación Archivo

Información del documento

Clasificación de documento: -

Descripción CUESTIONARIO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA CLINICAS Y HOSPITALES.pdf
Nombre CUESTIONARIO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA CLINICAS Y HOSPITALES.pdf
Tamaño 3507291
Estado No encriptado
Creado por CESAR AUGUSTO MONTOYA PALOMINO
Fecha de creación 2 horas de tiempo transcurrido (10/01/2024 10:05:52 AM(UTC-05:00)
Bogotá, Lima, Quito)

Documento usado en

Tipo	Descripción
Mensaje	19d33b6f-4883-4c6a-a4e5-1962f53a6e17

Configuración de acceso al documento

¿Todos los usuarios de la entidad tienen acceso a este documento?

Sí No

[Volver](#)[Descargar documento](#)[Cerrar](#)



VICEPRESIDENCIA DE SEGUROS

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 HOSPITAL FEDERICO LLEAS ACOSTA ESE	NIT 890.706.833-9
DOMICILIO CALLE 33 No.4ª-50 BARRIO LA FRANCIA	CIUDAD IBAGUE
DEPARTAMENTO TOLIMA	TELÉFONOS 2739805
FAX	E-MAIL atencionusuarios@hfleras.gov.co

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

NO

3. NOMBRE COMPLETO DEL PROPIETARIO / TITULAR DE LA INSTITUCIÓN

HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACSOTA ESE

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

X ENTIDAD DE GOBIERNO
 SOCIEDAD ANÓNIMA
 SOCIEDAD PROFESIONAL
 ENTIDAD CON FINES DE LUCRO
 ENTIDAD SIN FINES DE LUCRO
 ENTIDAD RELIGIOSA
 INDIVIDUAL
 OTRA: _____

5. ¿DESDE CUÁNDO ES PROPIETARIO / TITULAR?

13 DE NOVIEMBRE DE 1973

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

NO

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

NOMBRE	TIPO DE ESTABLECIMIENTO	DOMICILIO Y LOCALIDAD	TELÉFONO
SEDE LIMONAR	ESE	CALLE 58 No.5-25 Ibague	2739805

8. CUAL ES SU NIVEL DE ATENCIÓN: **3**

LICENCIA DE FUNCIONAMIENTO No.
7300101047

OTORGADA POR: **SECRETARIA DE SALUD DEL TOLIMA**

FECHA: **16/04/2003**

FECHA DE EXPEDICIÓN **16 DE ABRIL DEL 2003**

FECHA DE VENCIMIENTO **31/08/2022**

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

NO

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

NO

1. NOMBRE COMPLETO
Hernan moreno Herran

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

CARGO DESEMPEÑADO	TIEMPO	NOMBRE DE LA ENTIDAD	CIUDAD	TELÉFONO
Subgerente Científico		Hospital federico Lleras	Ibague	2739805

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

1. NOMBRE COMPLETO
Luis Eduardo Gonzalez

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

CARGO DESEMPEÑADO	TIEMPO	NOMBRE DE LA ENTIDAD	CIUDAD	TELÉFONO
Gerente	30/4/2020	Hospital Federico Lleras	Ibague	2739805

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 26/01/2024 VIGENCIA HASTA 26/01/2025

2. SUMA ASEGURADA \$2.000.000.000

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 DE SEGUROS S.A.
- LÍMITE(S) ASEGURADO(S): \$2.000.000.000
- VIGENCIA(S): 30 DE ABRIL DEL 2023 AL 26 DE ENERO DEL 2024

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

SECCIÓN IV: INSTALACIONES, EQUIPOS DE SEGURIDAD Y PLANTA FUNCIONAL

A. INFORMACIÓN ACERCA DE LA INSTITUCIÓN

1. AÑO DE CONSTRUCCIÓN Febrero de 1973 MATERIAL (adobe, bloque, concreto armado, etc)

NÚMERO DE PISOS 7 pisos Sede Franío y 8 pisos Sede Limonar ÁREA TOTAL EN METROS CUADRADOS Bloque, Concreto

2. X CONSTRUIDO PARA BRINDAR SERVICIOS DE SALUD SEGÚN LAS NORMAS
 REMODELADO: AÑO DE ÚLTIMA REMODELACIÓN

3. AÑO DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN DEL SISTEMA ELÉCTRICO: MANTENIMIENTO DE ACUERDO CON EL PROGRAMA

1. INDIQUE CON CUALES DE LOS SIGUIENTES EQUIPOS CUENTA EL EDIFICIO

- ROCIADORES AUTOMÁTICOS X RESERVA AGUA P/INCENDIO 839.600 _____ Lts
- ÁREA TOTAL DE PROTECCIÓN APROX: _____ M² ROCIADORES AUTOMÁTICOS EN HABITACIONES DE INTERNACIÓN
- X ALARMAS AUTOMÁTICAS PARA INCENDIO CONECTADAS:
- LOCALMENTE AL CUERPO DE BOMBEROS X DETECTORES DE HUMO ELÉCTRICOS
- SISTEMA ELÉCTRICO DE EMERGENCIA PARA ÁREAS DE SERVICIOS CRÍTICOS
- Especifique:

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 X 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? Una Vez al año

5. ¿CUAL ES LA DISTANCIA APROXIMADA AL DEPARTAMENTO DE BOMBEROS MÁS CERCANO? 1,5 km

6. ¿CUENTA LA INSTITUCIÓN CON VIGILANCIA DE LOS PREDIOS? SI NO

A. EN CASO AFIRMATIVO, POR FAVOR INDIQUE EL TIPO

- DIURNA NOCTURNA X 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 IV. 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	43	90%
2. Cuidado Intensivo para Infantes / bebés	28	74%
3. Cunas para recién nacidos	13	76%
4. Rehabilitación / terapia	0	0%
5. Abuso de drogas / alcohol	0	0%
6. Psiquiatría	17	68%
7. Pacientes terminales (cuidado paliativo)	0	0%
8. Cuidados geriátricos	0	0%
9. Otras: (especifique)	203	81%

*) 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	12.745
Cirugía con Internación	5.701
Cirugía sin Internación (ambulatoria)	6.967
Sala de partos	1.297
Rehabilitación / terapia	88.577
Abuso de drogas / alcohol	-0-00
Psiquiatría	-0--
Radiología (Imágenes, ecografía, rayos-x)	34.988
Terapia radiante	-0-
Laboratorio (patología)	3.388
Cardiología	-0-
Otras (especifique):	0-0-
NÚMERO TOTAL DE PACIENTES	153.663

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 X
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 X NO
EN CASO AFIRMATIVO, ¿QUÉ ANÁLISIS SE REALIZAN?

PRUBAS VIH, SIFILIS, HEPATITIS, BYC, CHAGAS Y CORE

3. ¿TIENE LA INSTITUCIÓN SALA DE GUARDA / EMERGENCIA? SI X 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 X NO

2. ¿SE REQUIERE A LOS MIEMBROS DE ESTA INSTITUCIÓN QUE TENGAN SEGURO INDIVIDUAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL MÉDICA?

SI X NO

3. INDIQUE LA CANTIDAD DE INDIVIDUOS (MÉDICOS, ESPECIALISTAS, ODONTÓLOGOS Y DEMÁS EMPLEADOS DE LA SALUD):

139 MÉDICOS EMPLEADOS

805 OTROS PROFESIONALES EMPLEADOS

123 MÉDICOS NO EMPLEADOS

117 OTROS PROFESIONALES NO EMPLEADOS

Ver Anexo complementario

SECCIÓN VII: HISTORIA 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:

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

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 Ibague, 20 DE Diciembre del 2023

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

NOMBRE **LUIS EDUARDO GONZALEZ**

CARGO **GERENTE**

[Volver](#)[Descargar documento](#)[Cerrar](#)

DETALLE DEL DOCUMENTO

Identificación del documento

ID del documento 606FB12613CB4DD334E0071F477652A2EBBE36B90B713547BE26CBCD1268397D

Ubicación Archivo

Información del documento

Clasificación de documento: -

Descripción FORMATOS CTO PREVISORA.pdf

Nombre FORMATOS CTO PREVISORA.pdf

Tamaño 22104342

Estado No encriptado

Creado por CESAR AUGUSTO MONTOYA PALOMINO

Fecha de creación 2 horas de tiempo transcurrido (10/01/2024 10:06:32 AM(UTC-05:00)
Bogotá, Lima, Quito)

Documento usado en

Tipo	Descripción
Mensaje	19d33b6f-4883-4c6a-a4e5-1962f53a6e17

Configuración de acceso al documento

¿Todos los usuarios de la entidad tienen acceso a este documento?

Sí No

[Volver](#)[Descargar documento](#)[Cerrar](#)



VICEPRESIDENCIA DE SEGUROS

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 HOSPITAL FEDERICO LLEAS ACOSTA ESE	NIT 890.706.833-9
DOMICILIO CALLE 33 No.49-50 BARRIO LA FRANCIA	CIUDAD IBAGUE
DEPARTAMENTO TOLIMA	TELÉFONOS 2739805
FAX	E-MAIL atencionusuarios@hfleras.gov.co

2. SI LA INSTITUCIÓN HA TENIDO OTROS NOMBRES EN EL PASADO, MENCIONELOS A CONTINUACIÓN:
NO

3. NOMBRE COMPLETO DEL PROPIETARIO / TITULAR DE LA INSTITUCIÓN
HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACSOTA ESE

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

X ENTIDAD DE GOBIERNO
 SOCIEDAD ANÓNIMA
 SOCIEDAD PROFESIONAL
 ENTIDAD CON FINES DE LUCRO
 ENTIDAD SIN FINES DE LUCRO
 ENTIDAD RELIGIOSA
 INDIVIDUAL
 OTRA: _____

5. ¿DESDE CUANDO ES PROPIETARIO / TITULAR?
13 DE NOVIEMBRE DE 1973

6. SI FUE PROPIETARIO / TITULAR DE OTRAS INSTITUCIONES MÉDICAS ANTERIORMENTE, A CONTINUACIÓN INDIQUE DE CUALES:
NO

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

NOMBRE	TIPO DE ESTABLECIMIENTO	DOMICILIO Y LOCALIDAD	TELÉFONO
SEDE LIMONAR	ESE	CALLE 58 No.5-25 Ibague	2739805

8. CUAL ES SU NIVEL DE ATENCIÓN: **3**

LICENCIA DE FUNCIONAMIENTO No.
7300101047

OTORGADA POR: **SECRETARIA DE SALUD DEL TOLIMA**

FECHA: **16/04/2003**

FECHA DE EXPEDICIÓN **16 DE ABRIL DEL 2003**

FECHA DE VENCIMIENTO **31/08/2022**

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

NO

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

NO

1. NOMBRE COMPLETO
Hernan moreno Herran

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

CARGO DESEMPEÑADO	TIEMPO	NOMBRE DE LA ENTIDAD	CIUDAD	TELÉFONO
Subgerente Científico		Hospital federico Lleras	Ibague	2739805

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

1. NOMBRE COMPLETO
Luis Eduardo Gonzalez

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

CARGO DESEMPEÑADO	TIEMPO	NOMBRE DE LA ENTIDAD	CIUDAD	TELÉFONO
Gerente	30/4/2020	Hospital Federico Lleras	Ibague	2739805

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 26/01/2024 VIGENCIA HASTA 26/01/2025

2. SUMA ASEGURADA \$2.000.000.000

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 DE SEGUROS S.A.
- LÍMITE(S) ASEGURADO(S): \$2.000.000.000
- VIGENCIA(S): 30 DE ABRIL DEL 2023 AL 26 DE ENERO DEL 2024

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

SECCIÓN IV. INSTALACIONES, EQUIPOS, DE SEGURIDAD Y PLANTA FUNCIONAL

A. INFORMACIÓN ACERCA DE LA INSTITUCIÓN

1. AÑO DE CONSTRUCCIÓN **Febrero de 1973** MATERIAL (adobe, bloque, concreto armado, etc)

NÚMERO DE PISOS **7 pisos Sede Francia y 8 pisos Sede Limonar** ÁREA TOTAL EN METROS CUADRADOS **Bloque, Concreto**

2. X CONSTRUIDO PARA BRINDAR SERVICIOS DE SALUD SEGÚN LAS NORMAS
 REMODELADO: AÑO DE ÚLTIMA REMODELACIÓN

3. AÑO DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN DEL SISTEMA ELÉCTRICO: **MANTENIMIENTO DE ACUERDO CON EL PROGRAMA**

1. INDIQUE CON CUALES DE LOS SIGUIENTES EQUIPOS CUENTA EL EDIFICIO

- X ROCIADORES AUTOMÁTICOS X RESERVA AGUA P/INCENDIO 839.600 _____ Lts
 ÁREA TOTAL DE PROTECCIÓN APROX: _____ M² ROCIADORES AUTOMÁTICOS EN HABITACIONES DE INTERNACIÓN
 X ALARMAS AUTOMÁTICAS PARA INCENDIO CONECTADAS:
 LOCALMENTE AL CUERPO DE BOMBEROS X DETECTORES DE HUMO ELÉCTRICOS
 SISTEMA ELÉCTRICO DE EMERGENCIA PARA ÁREAS DE SERVICIOS CRÍTICOS
 Especifique: _____

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 X 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? Una Vez al año

5. ¿CUAL ES LA DISTANCIA APROXIMADA AL DEPARTAMENTO DE BOMBEROS MÁS CERCANO? 1,5 km

6. ¿CUENTA LA INSTITUCIÓN CON VIGILANCIA DE LOS PREDIOS? SI NO

A. EN CASO AFIRMATIVO, POR FAVOR INDIQUE EL TIPO

- DIURNA NOCTURNA X 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 IV 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	43	90%
2. Cuidado intensivo para Infantes / bebés	28	74%
3. Cunas para recién nacidos	13	76%
4. Rehabilitación / terapia	0	0%
5. Abuso de drogas / alcohol	0	0%
6. Psiquiatría	17	68%
7. Pacientes terminales (cuidado paliativo)	0	0%
8. Cuidados geriátricos	0	0%
9. Otras: (especifique)	203	81%

*) 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	12.745
Cirugía con internación	5.701
Cirugía sin internación (ambulatoria)	6.967
Sala de partos	1.297
Rehabilitación / terapia	88.577
Abuso de drogas / alcohol	--0-00
Psiquiatría	-0-
Radiología (imágenes, ecografía, rayos-x)	34.988
Terapia radiante	-0-
Laboratorio (patología)	3.388
Cardiología	-0-
Otras (especifique):	0-0-
NÚMERO TOTAL DE PACIENTES	153.663

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 X

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 X NO

EN CASO AFIRMATIVO, ¿QUÉ ANÁLISIS SE REALIZAN?

PRUBAS VIH, SIFILIS, HEPATITIS, BYC, CHAGAS Y CORE

3. ¿TIENE LA INSTITUCIÓN SALA DE GUARDA / EMERGENCIA? SI X NO

SECCIÓN VI: CUERPO MÉDICO

1. ¿SE VERIFICA Y COMPROBEA 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 X NO

2. ¿SE REQUIERE A LOS MIEMBROS DE ESTA INSTITUCIÓN QUE TENGAN SEGURO INDIVIDUAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL MÉDICA?

SI X NO

3. INDIQUE LA CANTIDAD DE INDIVIDUOS (MÉDICOS, ESPECIALISTAS, ODONTÓLOGOS Y DEMÁS EMPLEADOS DE LA SALUD):

139 MÉDICOS EMPLEADOS

805 OTROS PROFESIONALES EMPLEADOS

123 MÉDICOS NO EMPLEADOS

117 OTROS PROFESIONALES NO EMPLEADOS

Ver Anexo complementario

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:

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

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 Ibague, 20 DE Diciembre del 2023

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

NOMBRE **LUIS EDUARDO GONZALEZ**

CARGO **GERENTE**

SUCURSAL: bagu FECHA: 20 / 12 / 2023

Todas las preguntas deben ser contestadas sin dejar espacios en blanco.

DATOS DEL CLIENTE

1. Datos Generales

Nombre de la entidad: HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA
 Nit de la entidad: 890.706.833-9
 Naturaleza jurídica de la entidad: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
 Fecha de constitución de la entidad: 13 DE NOVIEMBRE DE 1973
 Objeto misional de la entidad: PRESTACION DE SERVICIOS DE LA SALUD AL PERSONAL QUE LO REQUIERA

INFORMACION DE CARGOS:

2. Relacione los cargos activos que desea asegurar

Nombre del cargo	No. De cargos
SE ADJUNTA	

3. Relacione los cargos que a la fecha no están activos que desea asegurar

Nombre del cargo	No. De cargos
N/A	
Total cargos asegurados:	

Nota: Se recomienda revisar los cargos directivos de los últimos 10 años que hayan desaparecido pero que requieren cobertura. De igual forma si el espacio no es suficiente para la relación de los cargos adjuntar hoja anexa.

4. Durante los últimos 5 años:

4.1 Ha cambiado la denominación de la compañía: SI NO En caso afirmativo dar detalles:

4.2 ¿Ha tenido lugar o se tiene contemplado alguna adquisición, fusión, absorción, etc., de otras empresas?

SI NO En caso afirmativo dar detalles:

3. ¿Se han adquirido o vendido filiales o subsidiarias: SI NO En caso afirmativo dar detalles:

6. Relacione las compañías filiales de la entidad, indicando su porcentaje de participación:

NINGUNA

7. Información relacionada con seguros

Informe si tiene actualmente contratadas alguna de las siguientes pólizas:

Ramo	Aseguradora	Límite asegurado	Vigencia desde	Vigencia hasta
Responsabilidad Civil Servidores Públicos	LA PREVISORA	1.500.000.000	30/04/2023	26/01/2024
Manejo Global	LA PREVISORA	200.000.000	30/04/2023	26/01/2024
Infidelidad y riesgos financieros	LA PREVISORA	2.000.000.000	30/04/2023	26/01/2024

8. Límite asegurado requerido para la nueva vigencia: \$1.500.000.000

8.1 En caso de ser distinto el límite requerido para la nueva vigencia al actualmente contratado, favor indicar las razones de la modificación:

8.2 En caso de requerir retroactividad, indicar fecha exacta:

Día	Mes	Año
1	1	2016

9. Actualmente tiene contratado el periodo extendido para reclamos en pólizas de responsabilidad civil para servidores Públicos: SI NO

10. En los últimos 3 años, le han revocado la póliza de responsabilidad civil para servidores públicos: SI NO En caso afirmativo dar detalles:

11. ¿Respecto a las pólizas de responsabilidad civil, durante los últimos 5 años se han formulado reclamos? SI NO En caso afirmativo dar detalles: (De ser necesario dar respuesta en hoja anexa)

Vigencia 2022 se solicitaron gastos de defensa

12. ¿Tiene alguna de las personas para las que se propone este seguro conocimiento de alguna circunstancia o incidente que pudiera dar lugar a una reclamación o investigación? SI NO En caso afirmativo dar detalles: (De ser necesario dar respuesta en hoja anexa)

13. ¿Durante los últimos 3 años alguna invitación o proceso de selección de contratistas para la contratación de seguros que ha adelantado la entidad, donde se incluya la póliza de responsabilidad civil servidores públicos se ha declarado desierto? SI NO En caso afirmativo dar detalles:

14. Informe los hallazgos o advertencias que se hallan realizado por auditorías realizadas a la entidad (incluyendo informes de Contraloría u otros organismos de control) en los últimos 3 años, así como los planes de acción implementados. (De ser necesario entregar información en hoja anexa).

N/A

INFORMACIÓN FINANCIERA

15. ¿Existe alguna responsabilidad o aspecto extraordinario indicado dentro del informe financiero del último año fiscal? SI NO En caso afirmativo dar detalles:
(De ser necesario entregar información en hoja anexa).

16. Conforme a la información financiera indique si en alguno de los últimos dos periodos fiscales la entidad ha presentado pérdidas: SI NO En caso afirmativo informar las razones:
(De ser necesario entregar información en hoja anexa).

INFORMACIÓN RELEVANTE AL COVID 19

17. Preguntas relacionadas con COVID 19: (De ser necesario dar respuesta a las siguientes, en hoja anexa)

17.1 Informe las medidas preventivas que ha adoptado con los trabajadores:
VER ANEXO COMPLEMENTARIO

17.2 Si parte o la totalidad de sus empleados trabajan de forma remota, indique las medidas de seguridad adoptadas para prevenir ciberataques o violaciones de datos:

VER ANEXO COMPLEMENTARIO

17.3 ¿Ha realizado un análisis de sus principales clientes, proveedores o cadenas de suministro que podrían verse afectados por las medidas adoptadas por el coronavirus? ¿Cuál es el resultado actual de este análisis / qué impacto anticipa que tendrán estas medidas en su entidad?

Por la naturaleza de la actividad económica y social el hospital siempre ha garantizado el funcionamiento suministro y prestación del servicio a la comunidad

17.4 ¿La entidad ha incumplido pagos o contratos como consecuencia de la situación generada por el coronavirus, o prevé que puede incumplirlos a futuro o solicitar ampliaciones de plazo? SI NO
En caso afirmativo informar las razones:

7.5 ¿La entidad ha dictado medidas que pudieron o pueden afectar a la ciudadanía y por las cuales se pueda coleccionar reclamos futuros (Ejemplo: ¿medidas de confinamiento que hayan afectado negocios)?

No aplica

DECLARACIONES

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 DE LA PÓLIZA.

LA REVISORA SEGUROS QUEDA AUTORIZADA PARA REALIZAR CUALQUIER INDAGACIÓN Y CONSULTA O SOLICITUD DE INFORMACIÓN QUE CONSIDERE NECESARIA.

CIUDAD		FECHA		
Bogotá		20	12	2023
NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL			CARGO	
UIS EDUARDO GONZALEZ			Gerente	

(Handwritten signature)

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL
C.C. 5828.288 Incaque

DOCUMENTOS OBLIGATORIOS POR ADJUNTAR

- .. Balance e informes financieros de los últimos dos periodos fiscales incluidas las notas.
- !. Detalle de reclamaciones y/o investigaciones a la fecha indicando fecha de ocurrencia, fecha de reclamación, clase del proceso, pretensiones (si aplica), pagos, reservas, amparo afectado, estado del proceso y descripción del incidente, de los últimos 5 años

LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS QUE EN ADELANTE SE DENOMINARÁ PREVISORA, HACE CONSTAR QUE EL SOLICITANTE DE ESTE SEGURO DECLARA CONOCER Y ACEPTAR ÍNTEGRAMENTE LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES QUE SE APLICARÁN EN EL SEGURO QUE SOLICITA. ESTE FORMULARIO TIENE EL TENOR DE UNA DECLARACIÓN JURADA.

QUEDA CONVENIDÓ QUE, SI SE CONCRETA UN CONTRATO DE SEGUROS, ESTE FORMULARIO FORMARÁ PARTE ÍNTEGRANTE DEL MISMO.

EL ASEGURADO TIENE EL DEBER DE AVISAR A LA COMPAÑÍA DE SEGUROS DENTRO DE LAS 72 HORAS DE TODA MODIFICACIÓN EN LA INFORMACIÓN AQUÍ DECLARADA.

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 se 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.

I. DEL ASEGURADO

RAZÓN SOCIAL: HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA E.S.E. IBAGUE

REPRESENTANTE LEGAL: LUIS EDUARDO GONZALEZ

DOMICILIO: CALLE 33 No.4^a-50 barrio la francia

TELÉFONO: 2739805 FAX: _____

OTRAS OFICINAS O PREDIOS: Sede limonar calle 58 No.5-25

AÑO DE CONSTITUCIÓN: 1973

2. ACTIVIDAD PRINCIPAL

DAR DETALLES: Prestacion de servicios de salud a la poblacion que lo requiera

UTILIZAN MAQUINARIA SI NO

DE QUE TIPO: _____

2.1. OTRAS ACTIVIDADES

DAR DETALLES: N/A

I. CONTRATAN O SUBCONTRATAN ALGÚN SERVICIO

ESPECIFICAR: Lavanderia de Ropa, Vigilancia, Alimentacion, Mantenimiento, Servicio Auxiliares

I. NÚMERO TOTAL DE EMPLEADOS:

1.395

I.1 A QUE EPS ESTAN AFILIADOS: Sanitas, salud total, nueva EPS

I.2 A QUE ARP ESTAN AFILIADOS: Positiva

UBICACIÓN EN EL SECTOR

URBANO c) COMERCIAL e) RURAL
RESIDENCIAL d) SUBURBANO f) INDUSTRIAL

VIGILANCIA PERMANENTE

NO

LINDEROS

1 NORTE
PO DE EDIFICACIÓN: Cra 4C Bis

ACTIVIDAD QUE DESARROLLA: Residencial

2 SUR
PO DE EDIFICACIÓN: Cra 4C canal de mirolindo

ACTIVIDAD QUE DESARROLLA: Residencial

3 ORIENTE
PO DE EDIFICACIÓN: Galle 37

ACTIVIDAD QUE DESARROLLA: Residencial

4 OCCIDENTE
PO DE EDIFICACIÓN: Calle 33

ACTIVIDAD QUE DESARROLLA: Residencial y Comercial

¿EXISTEN FACTORES QUE SE CONSIDERAN AGRAVANTES DEL RIESGO?

NO

OTROS: _____

VALORACIÓN DE INSTALACIONES

PRECAUCIONES CONTRA INCENDIO / SEGURIDAD GENERAL (NÚMERO):

- EXTINGUIDORES
- SPRINKLERS
- BOMBAS DE AGUA
- BRIGADA CONTRA INCENDIO
- ASCENSORES
- ESCALERAS ELÉCTRICAS
- CAFETERÍA, RESTAURANTE
- ZONAS DEPORTIVAS
- ENFERMERÍA, (PRIMEROS AUXILIOS)

10. INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

	AÑO ACTUAL	PROYECCIÓN AÑO SIGUIENTE
INGRESOS BRUTOS	Ver información financiera del 2022	
VALOR DE LA NÓMINA		
UTILIDAD BRUTA ANUAL		

11. RELACIÓN DE VEHÍCULOS UTILIZADOS PARA LA ACTIVIDAD DE LA EMPRESA

- a) PROPIOS No. 9
- b) NO PROPIOS No. _____

REGISTRO DE SINIESTROS

INDIQUEN A CONTINUACIÓN LAS RECLAMACIONES QUE LES HAN SIDO PRESENTADAS, LAS LIQUIDADAS Y LAS PENDIENTES DURANTE LOS ÚLTIMOS 4 AÑOS AUNQUE NO HAYAN ESTADO ASEGURADOS LOS SINIESTROS PENDIENTES ESTIMADOS DE LOS QUE PUDIERAN SER RESPONSABLES (NO EL IMPORTE RECLAMADO) POR EJEMPLO EL IMPORTE QUE LIMITARÍA SU RESPONSABILIDAD BAJO LAS CONDICIONES DE SUS CONTRATOS CON SUS CLIENTES.

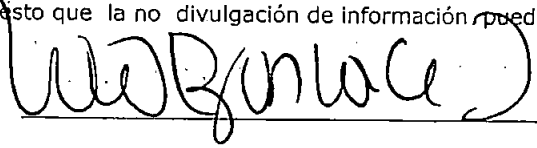
AÑO	DESCRIPCIÓN	VALOR TOTAL PERDIDA	VALOR PAGADO TOTAL
	Ver RELACION PUBLICADA		

INDICAR EN HOJA APARTE CUALQUIER INFORMACIÓN ADICIONAL RELATIVA AL SEGURO DE SU NEGOCIO.

ESPECIFIQUE EL LIMITE DE VALOR ASEGURADO SOLICITADO: \$5.000.000.000

OBSERVACIONES: _____

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 LA PREVISORA S.A. Compañía de Seguros, puesto que la no divulgación de información puede afectar a los derechos del Asegurado o pueda anularla Póliza.

Firma: 

Nombre: LUIS EDUARDO GONZALEZ

Cargo: Gerente

Lugar y Fecha: Ibague, 20 de diciembre el 2023



RIME INSURANCE APPLICATION FORM

¡Y IMPORTANTE:

DILIGENCIAR EL PRESENTE FORMULARIO 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 ESTE DE ACUERDO CON LA REALIDAD DEL RIESGO PODRÍA CAUSAR LA PÉRDIDA DE LA INDEMNIZACIÓN.

¡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.

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO

PARTICULARS OF INSURED

NOMBRE DEL ASEGURADO:
(Name of Insured): HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA ESE

INDICAR LAS PRINCIPALES ACTIVIDADES DEL ASEGURADO (BREVE):
DESCRIPCIÓN (Insured's Principal Business): ACTIVIDADES DE HOSPITALES CLINICAS CON INTERNACION

DIRECCIÓN PRINCIPAL:
(Principal Address): CALLE 33 No.4B-50

TIPO DE ORGANIZACIÓN:
(Type of Organization): EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

NÚMERO TOTAL DE ACCIONISTAS:
(Total Number Share holders/Equity owners): _____

¿ALGUNA DE LAS PERSONAS U ORGANIZACIÓN ES PROPIETARIA DE MÁS DEL 10% DE LAS ACCIONES?
(Does any person or organization owns more than 10% of the equity?)
SI (YES) NO

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA FAVOR ENUMERAR NOMBRES Y PORCENTAJES:
(If so, please list names and percentages):
100% DEL ESTADO

FECHA DE FUNDACIÓN
(Date established): 1973

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.
(Please attach latest Annual Report if published. Otherwise, attach most recent financial statement and a list of Directors and Senior Officers with Background Information)
SE ANEXA INFORMACION FINANCIERA A CORTE 2022

Y PORCENTAJE DE PROPIEDAD DEL ASEGURADO.

(Please attach a list of all subsidiaries and affiliates to be covered, their principal business activities, ownership by the insured)
NINGUNA

INFORMACIÓN FINANCIERA
FINANCIAL INFORMATION

	AÑO (YEAR)	AÑO (YEAR)	AÑO (YEAR)
	2022	2021	2020
A. INGRESOS Revenue	272.775.883.794,91	218.195.269.369,40	\$139.484.839.734
B. UTILIDADES O PÉRDIDAS NETAS Net Profit or Loss	32.257.114.926,50	14.751.322.459,99	\$19.371.858.710
C. CAPITAL	37.572.181.079,07	37.572.181.079,99	\$37.572.181.079
D. GANANCIAS RETENIDAS Retained Earnings	0	0	0
E. SUPERAVIT DE CAPITAL Capital Surplus	0	0	0
F. ACTIVOS CORRIENTES TOTALES Total Current Assets	164.171.288.734,49	125.657.101.093,17	\$123.890.113.980
G. PASIVOS CORRIENTES TOTALES Total Current Liabilities	49.410.515.857,40	26.316.639.234,64	\$14.345.799.582
H. FLUJO DE CAJA Cash Flow	2.322.641.015,27	10.531.197.827,79	\$13.048.271.745

I. NATURALEZA DEL NEGOCIO
NATURE OF BUSINESS

NEGOCIO PRINCIPAL Y CONTRIBUCIÓN APROXIMADA A LOS INGRESOS
(Principal business and approximate percentage contribution to revenues):
ACTIVIDADES DE HOSPITALES CLINICAS CON INTERNACION

EN EL CURSO DEL NEGOCIO EL ASEGURADO:
(In the course of its business, does the Insured):

I. SE INVOLUCRA EN NEGOCIACIÓN DE TÍTULOS VALORES, MERCANCÍAS, DIVISAS, ETC.
(Engage in trading securities, commodities, currencies, etc.)

SI (YES) NO

II. ¿HACE PRESTAMOS O CRÉDITOS EXTENDIDOS?

(Make loans or extended credit?)

SI (YES) NO

EM

III. CLASE DE RECIBOS DE BODEGA:

(Issue warehouse receipts?)

SI (YES) NO

IV. ¿TRANSPORTA O ALMACENA VALORES PARA OTROS?

(Transport or store values for others?)

SI (YES) NO

V. ¿SE INVOLUCRA EN LEASING?

(Engage in Leasing?)

SI (YES) NO

SI CUALQUIERA DE LAS ANTERIORES ES POSITIVA FAVOR ADJUNTAR DETALLES SOBRE LAS PARTICULARIDADES / ALCANCE DE TALE\$ ACTIVIDADES Y LOS CONTROLES QUE SE EJERCEN, ESPECIALMENTE A VENEDORES (INTERNOS)

(If yes to any of above, please attach details of the particularities / extend of such activities and the controls in place, specially To Salesmen (inside))

I. EMPLEADOS Y OFICINAS

EMPLOYEES AND OFFICES

NÚMERO TOTAL DE EMPLEADOS UBICADOS EN COLOMBIA

(Total number of employees located in Colombia): 1395

CLASE 1. EMPLEADOS LOCALIZADOS EN COLOMBIA

(Class 1. Employees located in Colombia):

GERENTE GENERAL

(Chairman) VER LISTADO DE FUNCIONARIOS EN ANEXO COMPLEMENTARIO

PRESIDENTE

(President) _____

VICEPRESIDENTE

(Vice-president) _____

TESORERO

(Treasurer) _____

ASISTENTE TESORERIA

(Assistant Treasury) _____

SECRETARIO

(Secretary) _____

ASISTENTE DEL SECRETARIO

(Assistant Secretary) _____

INTERVENTOR

(Supervisor) _____

ASISTENTE DE INTERVENTORIA

(Assistant Supervisor) _____

GERENTE DE PUBLICIDAD

(Advertising Manager) _____

GERENTE DE OFICINA

(Office Manager) _____

GERENTE DE DEPARTAMENTO

(Department Manager)

GERENTE DE SUCURSAL

(Branch Manager)

ASISTENTE DE GERENTE DE SUCURSAL

(Assistant Branch Manager)

GERENTE DE VENTAS

(Sales Manager)

ASISTENTE GERENCIA VENTAS

(Assistant Sales Manager)

GERENTE DE VENTAS DE SUCURSAL

(Branch Sales Manager)

AGENTES DE COMPRAS O COMPRADORES

(Purchasing Agents or Buyers)

ASISTENTE DEL AGENTE DE COMPRAS O COMPRADORES

(Assistant Purchasing Agents or Buying)

VENEDORES (EXTERNOS Y COBRADORES)

Salesmen (Outside and Collecting)

VENEDORES (EXTERNOS NO COBRADORES)

Salesmen (Outside not Collecting)

VENEDORES (INTERNOS)

(Salesmen (Inside))

CAJEROS

(Cashiers)

CONTADORES Y AUDITORES

(Accountants & Auditors)

ENCARGADOS DE LIBROS DE CONTABILIDAD

(Bookkeepers)

GERENTES DE CRÉDITO

(Credit Managers)

ENCARGADOS DE MANEJO DE EFECTIVO

(Cash Handling Clerks)

ENCARGADOS DE NÓMINA

(Payroll Clerks)

COBRADORES

(Collectors)

MENSAJEROS EXTERNOS

(Outside Messengers)

SUPERINTENDENTE GENERAL

(General Superintendent)

ed

(Asth. or factory Super) _____

APUNTADORES
(Timekeepers) _____

PAGADORES
(Paymasters) _____

GERENTES DE COMERCIO
(Traffic Managers) _____

ENCARGADOS DE RECIBOS
(Receiving Clerks) _____

ENCARGADOS DE DESPACHOS
(Shipping Clerks) _____

ENCARGADOS DE INVENTARIOS
(Stock Clerks) _____

CELADORES
(Watchmen) _____

PORTEROS Y GUARDIAS
(Doormen & Guards) _____

CONDUCTORES (RECOLECTORES)
(Drivers (Collecting)) _____

CONDUCTORES (NO RECOLECTORES)
(Drivers (Not Collecting)) _____

TOTAL CLASE 1
(Total class 1) _____

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

(State number of people and position with access to securities and cash, if required attach positions and values).

DINERO EN EFECTIVO

Cash

PRINCIPAL Head Office		SUCURSALES / AGENCIAS Branches / Agencies	
No. Personas Number of People	Cargos Positions	No. Personas Number of People	Cargos Positions
2	TESOREO Y AUXILIAR	2	AUXILIAR Y TECNICO
1	Almacenista.	1	Almacenista.

Ed

Securities

PRINCIPAL Head Office		SUCURSALES / AGENCIAS Branches / Agencies	
No. Personas Number of People	Cargos Positions	No. Personas Number of People	Cargos Positions
2	TESORERO Y AUXILIAR	2	AUXILIAR Y TECNICO

D. NÚMERO DE PREDIOS DENTRO DE COLOMBIA
(Number of locations within Colombia):

- VENTAS AL POR MENOR (Retail) NO APLICA
- VENTAS AL POR MAYOR (Wholesale) _____
- DISTRIBUCIÓN (Distribution) _____
- ALMACENAJE (Warehousing) _____
- MANUFACTURERA (Manufacturing) _____
- OFICINA PRINCIPAL (Home Office) _____
- OFICINA REGIONAL (Regional Office) _____
- SUCUCURSAL (Branch Office) _____
- OTRAS (Other) _____

E. EMPLEADOS EXTRANJEROS Y PREDIOS
(Foreign Employees and locations):

CIUDAD Country	No. EMPLEADOS Employees	OFICINA Branch	NATURALEZA DEL NEGOCIO Nature of Business
NO APLICA			

TOTAL (Total): _____

AUDITORES

AUDITORS

AUDITORIA EXTERNA:

(External Audits):

• ¿SON SUS LIBROS AUDITADOS POR UN AUDITOR EXTERNO INDEPENDIENTE?

(Are your books audited by an Independent External Auditor)

SI (YES) NO

SI LO ANTERIOR ES POSITIVO (If so):

1. NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL AUDITOR

(Name and address of auditors): ERNESTO MORA

2. FRECUENCIA DE LA AUDITORIA

(Frequency of audit): MENSUAL

3. ¿SON ESTAS AUDITORIAS COMPLETAS Y SIN CONDICIONAMIENTOS?

(Are these audits complete and unconditioned?)

SI (YES) NO

SI LO ANTERIOR ES NEGATIVO, DESCRIBA LAS LIMITACIONES

(If not, describe the limitations) _____

4. ¿TODAS LAS LOCALIDADES Y ENTIDADES SON AUDITADAS?

(Are all locations and entities audited?)

SI (YES) NO

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

(If not, describe the extent of the Audit): _____

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

(Have you changed C.P.A.'s in the last 5 years?)

SI (YES) NO

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

(If so, please furnish name of previous C.P.A and reason for change): SAIDA VIVIANA HERREÑO PRIETO CONTRALOR DESIGNADA POR LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD RES 7345 DE 2019 TP 97561-T

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

(Does the C.P.A. review your systems of internal control and furnish written reports?):

SI (YES) NO

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

(Has the C.P.A. made any recommendations in the last two audits that have not been adopted?):

SI (YES) NO

ADOPTARON

(If so, give details of the commendations and the reasons for not adopting them): _____

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

Do independent external Auditors send the report directly to the Board of Directors?

SI (YES) NO

SI LA RESPUESTA ES NEGATIVA, ¿A QUIÉN REPORTAN?

If not to whom? _____

AUDITORIA INTERNA

(Internal Audit):

• ¿TIENE USTED UN DEPARTAMENTO DE AUDITORIA INTERNA?

(Do you have an Internal audit Department?):

SI (YES) NO

SI LO ANTERIOR ES POSITIVO

(If so):

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

SI (YES) NO

SI LA RESPUESTA ES NEGATIVA, ¿A QUIÉN REPORTAN?

(If not whom?): _____

2. ¿CUÁNTOS EMPLEADOS SON DESIGNADOS PARA AUDITORIA INTERNA?

(How many employees are assigned to internal audit? 15)

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

(Do you have an audit and control procedure manual?)

SI (YES) NO

4. ¿CADA CUÁNTO (EN UN AÑO) SE REALIZAN AUDITORIAS INTERNAS COMPLETAS?

(How often are complete internal audits carried out during one year? _____)

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

(Are all locations including EDP facilities included?)

SI (YES) NO

6. ¿SE HACEN REPORTE ESCRITOS?

Are written reports made?

SI (YES) NO

¿A QUIÉN SE ENVÍAN?

(To whom are they sent?) _____

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

(Are there Internal Audit Department employees assigned to foreign operations?)

SI (YES) NO

¿A COMPAÑÍAS SUBSIDIARIAS?

(To subsidiary companies?)

SI (YES) NO

... SI SU ATENCIÓN ES MANEJATIVA, 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 RELACIONADOS CON EMPLEADOS). (If so, describe their reporting channels and indicate their relationship to local management, particularly with respect to local management over ship and personnel matters).

VI. CONTROLES
CONTROLS

.. COMPRAS, INVENTARIO Y CONCILIACIÓN DE CUENTAS
(Purchasing, Inventory and account reconciliation):

1. ¿MANTIENE USTED UNA LISTA ACTUALIZADA DE VENDEDORES APROBADOS?
Do you maintain a current list of approved vendors?

SI (YES) NO

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

(Do you use serially pre-numbered purchase requisitions, purchase orders, receiving reports, and check voucher request?)
SI (YES) NO

3. ¿ANTES DEL PAGO, SON CONCILIADAS LAS ORDENES 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?

(Prior payment, are purchase orders, vendor invoices and receiving documents reconciled and vendor information checked against the approved vendor list by a person not assigned to purchasing or receiving?)

SI (YES) NO

4. ¿TODAS LAS ÓRDENES SON CONFIRMADAS CON LOS VENDEDORES POR ALGUIEN NO ASIGNADO A COMPRAR O RECIBIR?
(Are all orders confirmed with vendors by someone not assigned to purchasing or receiving?)

SI (YES) NO

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

(Do you maintain strict separation of functions with respect to purchasing, receiving, paying and accounting?)

SI (YES) NO

6. ¿LOS COMPRADORES Y ASISTENTES DE COMPRA ESTAN SUJETOS A ALGÚN LÍMITE ESPECÍFICO DE AUTORIZACIÓN?
(Are buyers and Assistant buyers subject to specific limits of authority?)

SI (YES) NO

7. ¿SE HACE UN INVENTARIO COMPLETO DE MERCANCIAS Y EQUIPO?
(Is a complete inventory made of stock and equipment?)

SI (YES) NO

FAVOR SUMINISTRAR DETALLES (SOBRE QUE, POR QUIÉN Y CON QUÉ FRECUENCIA)
(Please provide details for what? by whom? how frequently?)

EL PRECIO DE COMPRA SE REALIZA A TRAVES DE LA PLATAFORMA SECOP II AJUSTADO AL MANUAL DE CONTRATACION

8. ¿RECONCILIA USTED MENSUALMENTE LOS EXTRACTOS BANCARIOS?
(Do you reconcile monthly bank account statements in a timely manner?)

SI (YES) NO

9. ¿LOS EMPLEADOS QUE CONCILIAN LOS EXTRACTOS BANCARIOS TAMBIÉN FIRMAN LOS CHEQUES?
(Do those employees that reconciled monthly the bank statements also sign cheques?)

SI (YES) NO

¿MANEJAN DEPÓSITOS?
(Handle deposits?)

SI (YES) NO

¿TIENEN ACCESO A MÁQUINAS FIRMADORAS DE CHEQUES?
(Have access to check signing machines?) :

SI (YES) NO

¿TIENEN ACCESO A TERMINALES DE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA DE FONDOS O PROTOCOLOS?
(Have access to electronic funds transfer terminals or protocols?)

SI (YES) NO

SI SE RESPONDE POSITIVAMENTE A CUALQUIERA DE LAS ANTERIORES PREGUNTAS, ¿ESTA USTED DISPUESTO A RECTIFICAR ESTAS DEBILIDADES?
(If yes to any of the above, are you willing to rectify these weaknesses?)

SI (YES) NO

¿O TIENE USTED OTROS CONTROLES CON EL FIN DE PREVENIR PÉRDIDAS QUE SURJAN DE TALES DEBILIDADES?
Or do you have other controls in place to prevent losses arising from these weaknesses?

SI (YES) NO

SI LO ANTERIOR ES POSITIVO, DESCRIBIRLOS
(If so, please describe them):

PROCESAMIENTO ELECTRÓNICO DE DATOS (P.E.D.) Y TRANSFERENCIAS EN LÍNEA (E.D.P. and wire Transfers)

1. FAVOR ADJUNTAR UNA LISTA DE SUS FACILIDADES DE P.E.D. INCLUYENDO NÚMERO Y UBICACIÓN DE INSTALACIONES, TIPOS DE EQUIPO, NÚMERO DE EMPLEADOS POR CATEGORÍA DE FUNCIONES, NÚMERO DE TERMINALES EN LÍNEA Y DE HARDWARE, Y PORCENTAJE DE LA ACTIVIDAD DEL TERMINAL AL QUE SE LLAMA/MARCA
(Please attach a description of your EDP facilities, including number and locations of installations, types of equipment, numbers of employees by Job category, number of on the line and hardware terminal and percentage of terminal activity which is dial in).

2. ¿ESTÁ 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?
(Is the screening and supervision of employees involved in Electronic Data Processing and/or the wire transfer of funds similar to that of other employees with control over or access to valuable property?)

SI (YES) NO

EXPLICAR (Explain): MONITOREO POR EL AREA DE SISTEMAS

3. ¿LOS PROGRAMADORES DE COMPUTADORES SE ROTAN PERIÓDICAMENTE PARA MINIMIZAR EL RIESGO?
(Are computer programmers and operators rotated periodically to minimize Risk?)

SI (YES) NO

4. ¿LAS FUNCIONES DE PROGRAMACIÓN Y PROCESAMIENTO OPERACIONALMENTE Y FÍSICAMENTE ESTAN SEPARADAS?
(Are programming and processing functions operationally and physically separated?)

SI (YES) NO

22/

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

(Is access to E.D.P. facilities limited to authorized personnel?)

SI (YES) NO

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

(Do you have and automatic user log and a manual utilization log? Use?)

SI (YES) NO

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

(Are at least two employees on duty during any E.D.P. shift?)

SI (YES) NO

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

(Are computerized cheques writing operations segregated from departments that authorize cheques?)

SI (YES) NO

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

(Are passwords used to afford various levels of access to the computer system?)

SI (YES) NO

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

(And are passwords changed when an employee that posses them leaves the Company?)

SI (YES) NO

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

(Do you have a continuous E.D.P. audit program in operation?)

SI (YES) NO

SI NO, DESCRIBA EL AMBITO DE LA AUDITORIA ACTUAL

(If not, please describe the scope of the current audit):

LA AUDITORIA ACTUAL ES INTERNA POR CADA AREA, LA
COAL LA REALIZA EL AREA DE CONTROL INTERNO Y REVISO LA FISCAL.

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

(Does your internal audit department have E.D.P. audit training and experience?)

SI (YES) NO

DESCRÍBALA (Describe):

12. CON RESPECTO A TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA DE FONDOS:

(With respect to Electronic Funds Transfers):

a. ¿CUÁL ES SU VOLUMEN APROXIMADO DE TRANSACCIONES?

(What is your approximate volume of such transfers?)

2051 TRANSACCIONES PROMEDIO DEL MES

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

(What is your maximum approximate volume of such transfers?):

3.139 TRANSACCIONES

c. ¿CUÁL ES LA CANTIDAD MÁXIMA INDIVIDUAL TRANSFERIDA?

(What is the largest single amount transferred?):

\$4.888.617.493,72

el

13. ¿MANTIENE USTED UN MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ACTUALIZADO QUE CUBRE LOS TRANSFERENCIAS?

(Do you maintain a current procedures manual covering Wire Funds Transfers?)

SI.GF-IN-017 PAGOS

14. ¿QUIÉN ESTÁ AUTORIZADO PARA TRANSFERIR FONDOS EN LÍNEA, Y CUÁLES SON LOS LÍMITES DE SU AUTORIDAD?

(Who is authorized to transfer funds by wire, and what are the limits of their authority?)

PROFESIONAL UNIVERSITARIO TESORERIA Y PAGADRIA, CARGA DE ARCHIVOS EN LA PLATAFORMA DE BANCOS GERENTE: COMO ADMINISTRADOR DE LAS PLATAFORMAS AUTORIZA LAS TRANSFERENCIAS DE LOS ARCHIVOS CARGADOS.

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

(Do you use call back procedure to a person other than the one that began the transfer?)

SI (YES) NO

16. CÓMO TRANSMITE USTED LAS INSTRUCCIONES DE TRANSFERENCIA (TELÉFONO, TERMINALES DEDICADAS, TELEX, ETC.)

(How do you transmit transfer instructions (telephone, dedicated terminals, telex, etc.)

TERMINALES DEDICADAS

17. ¿MANTIENE USTED CUENTAS CON SALDO CERO?

(Do you maintain zero balance accounts?)

SI (YES) NO

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

(If so, what is your procedure for setting up these accounts and for changing instructions to the bank?)

CUENTAS CON SALDO 0 SI, SE CONSTITUYEN POR LOS CONVENIOS SUCRITO CON EL GOBIERNO DEPARTAMENTAL Y/O RECURSOS QUE GIRA EL GOBIERNO NACIONAL (MINISTERIO DE SALUD HACIENDA, ETC)

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

(Do you receive confirmation copies of all wire transfers? and are they sent directly to a department not authorized to initiate transfers?)

SI (YES) NO

GENERAL

(General):

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

(Do you have a current operating manual or similar written instructions covering all aspects of your business?)

SI (YES) NO

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

(And are all employees aware of its contents as it pertains to them?)

SI (YES) NO

2. ¿TIENE USTED UN DEPARTAMENTO DE SEGURIDAD?

(Do you have a Security Department?)

SI (YES) NO

Handwritten mark

¿ESTE DEPARTAMENTO REPORTA DIRECTAMENTE A LA JUNTA DIRECTIVA?
(Does this department report directly to the Board of Director?)

SI (YES) NO

SI LO ANTERIOR ES NEGATIVO, ¿A QUIÉN REPORTA?

(If not, to whom?)

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

(How many employees are assigned to the security department?) 12 PUESTOS DE GUARDA

5. ¿TIENE USTED UN MANUAL DE SEGURIDAD?

Do you have a Security Manual?

SI (YES) 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?

(Do you maintain a system of Joint custody and dual control with respect to cash, checks, negotiable securities, keys to safes and safe deposit boxes, codes, test keys, blank cheques, drafts and similar values or potentially valuable property?)

SI (YES) NO

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

(Do you require double signature on all checks?)

SI (YES) NO

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

(If not, explain control. in place to prevent abuse).

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 ?

(If you use safe deposit boxes, has the depository been instructed to require the presence of two employees before entry to any box is permitted?)

SI (YES) NO

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

(If not, list Persons permitted individual entry):

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

(Do you require all employees to take at least two consecutive weeks of uninterrupted vacation during each year?)

SI (YES) NO

SI NO, DAR DETALLES

(If not, please attach details).

EL

10. ¿COMO SELECCIONA USTED EMPLEADOS POTENCIALES (CREDIT CHEQUES, POLYGRAPH, INDIVIDUAL APPLICATIONS, ETC.) SI SUS PROCEDIMIENTOS DIFIEREN PARA LAS DISTINTAS CATEGORIAS DE EMPLEADOS? FAVOR SUMINISTRAR POR ANEXO DETALLES DE CADA UNO.
(How do you screen potential employees? (Credit cheques, police o FBI, polygraph previous employees, individual applications, etc.) If your procedures differ for different categories of employee, please give full details for each.)
POR CONCURSO DE MERITOS

11. ¿CUÁL ES LA TASA DE INGRESO APROXIMADO ANUAL CON RESPECTO A EMPLEADOS PROFESIONALES DE NIVEL GERENCIAL?
(What is your approximate annual turnover ran to professional / Management employees?)
10%

12. ¿CÓMO SE COMPARA DICHA TASA CON LA TASA NORMAL PARA SU NEGOCIO? Y SI ES SUPERIOR, ¿CUÁL ES LA RAZÓN PARA LA DIFERENCIA?
(How is such rate compared with the normal rate for your business and if it is higher, what is the reason for the variance?)
ES NORMAL

13. FAVOR DESCRIBA SU ORGANIZACIÓN EN TÉRMINOS DE SU ESTILO GERENCIAL, LÍNEAS DE REPORTAR Y AUTORIDAD (CENTRALIZADA O DESCENTRALIZADA; ESTRUCTURADA O DESESTRUCTURADA; EMPRESARIAL O BUROCRÁTICA)
(Please describe your organization in terms of its management style and lines of reporting and authority (centralized or decentralized, structured or unstructured, entrepreneurial, Bureaucratic, etc.)
CENTRALIZADA

14. EN LOS ULTIMOS 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?
(Within the last 6 years, has the insured and or any of its directors and Officers been involved in any civil or criminal action or administrative proceeding in respect of a violation of any law or regulation or the commission of a fraudulent or dishonest act?)
SI (YES) NO

SI LO ANTERIOR ES POSITIVO FAVOR SUMINISTRAR DETALLES COMPLETOS:
(If so, please attach full details)
NO DE LO QUE SE CONOCE

15. SEGÚN SU MEJÓR CONOCIMIENTO, ALGUNO DE LOS EMPLEADOS O DIRECTORES DEL ASEGURADO ¿HA COMETIDO O SE HA VISTO IMPLICADO EN LA COMISIÓN DE ACTOS FRAUDULENTO O DESHONESTOS? (AL SERVICIO DEL ASEGURADO O DE CUALQUIER OTRA FORMA)
(To the best of the Insured's knowledge, has any current officer director or employee of the insured ever committed or been implicated in the commision of fraudulent or dishonest act? (In the service of the insured or otherwise)
SI (YES) NO

SI LO ANTERIOR ES POSITIVO, FAVOR DAR DETALLES:

(If so, please attach details)

NO DE LO QUE SE CONOCE

NOTA: LAS PÓLIZAS DE FIDELIDAD EXCLUYEN COBERTURA PARA PÉRDIDAS CAUSADAS POR EMPLEADOS DE LOS CUALES EL ASEGURADO HAYA TENIDO CONOCIMIENTO DE QUE HUBIESEN ESTADO IMPLICADOS EN UN ACTO FRAUDULENTO O DESHONESTO ANTERIOR.

(Most Fidelity policies exclude coverage for losses caused by employees known by the insured to have been implicated in a prior fraudulent or dishonest act)

II. PREDIOS Y TRÁNSITO

PREMISES AND TRANSIT

¿TIENEN NÓMINA EN EFECTIVO?

(Do you have cash payrolls?)

SI (YES) NO

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

(If so, please give full details on a separate sheet, including locations, maximum amounts, number of guards, types and ratings of safes and alarm systems, use of armored vehicles, and periods of exposure)

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

(Do you have precious metals or stones or similar high value materials?)

SI (YES) NO

SI LO ANTERIOR ES POSITIVO FAVOR SUMINISTRAR DETALLES COMPLETOS EN HOJA SEPARADA DE LAS LOCALIDADES, CANTIDADES, TIPO DE MATERIALES, TIPO Y CLASE DE CAJAS DE SEGURIDAD Y ALARMAS, NÚMERO DE GUARDIAS, USO DE CARROS BLINDADOS PARA TRANSPORTAR Y CUALQUIER OTRA MEDIDA DE SEGURIDAD QUE SE TOMA.

(If so, please give full details on a separate sheet as to locations, amounts, types of materials, types and rating of safes and alarms, number of guards, use of armored vehicles to transport and other security measures taken)

INDIQUE EL VALOR MÁXIMO EXTRACTADO DE INFORMACIÓN EN MILES

State highest value summarised information

	EFFECTIVO Cash	BONOS Y ACCIONES AL PORTADOR, TÍTULOS VALORES AL COBRO EN CUSTODIA Y PROPIOS. Bonds and bearer shares, negotiable securities under custody and own	OTROS VALORES (**) Others
1. DIRECCIÓN GENERAL Head Office	\$6.885.301	\$720.205.231	\$6.885.301
2. SUCURSALES CON AGENCIAS DEPENDIENTES Dependent Branches	N/A	N/A	N/A
3. SUCURSALES CON AGENCIAS INDEPENDIENTES Independent Branches	N/A	N/A	N/A
4. AGENCIAS Agencies	N/A	N/A	N/A
5. CENTROS CONTABLES, A.D.M. DE COBRANZAS DE COMPUTO Administration Centres	N/A	N/A	N/A
(**) DESCRIPCIÓN DE OTROS Others description	N/A	N/A	N/A

1. INDICAR LA CANTIDAD MÁXIMA DE EFECTIVO EN MILES DE PESOS
(State highest value in cash. 000)

	EN BÓVEDA CAJAFUERTE Vaults and safes	CON CUALQUIER CAJERO With any teller	CON TODOS LOS CAJEROS With all teller
1. DIRECCIÓN GENERAL Head Office	N/A	\$6.885.301	N/A
2. SUCURSALES CON AGENCIAS DEPENDIENTES Dependent Branches	N/A	N/A	N/A
3. SUCURSALES CON AGENCIAS INDEPENDIENTES Independent Branches	N/A	N/A	N/A
4. AGENCIAS Agencies	N/A	N/A	N/A
5. CENTROS CONTABLES, A.D.M. DE COBRANZAS DE COMPUTO Administration Centres	N/A	N/A	N/A
DESCRIPCIÓN Description		N/A	N/A

E. INDICAR LA CANTIDAD MÁXIMA DE EFECTIVO Y VALORES EN TRÁNSITO (EN MILES) POR REMISIÓN INDIVIDUAL
(State highest cash and transit values per Individual send. 000)

	CON MENSAJERO With messenger	VEHÍCULOS BLINDADOS DE EMPRESA TRANSPORTADORA Armoured vehicle from hired transporter	VEHÍCULO BLINDADO PROPIO Own armoured vehicles
1. Efectivo Cash	\$40.000.000	N/A	N/A
2. Canje Enviado Clearance	N/A	N/A	N/A
3. Remesas negociadas y al cobro	N/A	N/A	N/A
4. Certificados Certificates	N/A	N/A	N/A
DESCRIPCIÓN Description	N/A	N/A	N/A

F. INDIQUE CUÁL ES LA MÁXIMA CANTIDAD ACUMULADA DE EFECTIVO, TÍTULOS VALORES NEGOCIABLES Y/O CHEQUES QUE
MANTIENE EN PREDIOS O TRANSPORTA A O DESDE CUALQUIER PREDIO
(Indicate maximum accumulated amount in cash, negotiable securities and/or cheques that you have in any Location, or while it
is in transit to or from any location?)
PAGARE \$721.205.231

¿EXISTE TAL ACUMULACIÓN EN TODOS LOS PREDIOS?

(Does such accumulation exist in all premises?)

SI (YES) NO

• DONDE EXISTA, FAVOR SUMINISTRAR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN EN HOJA SEPARADA:
(Where exists please supply the following information on a separate sheet):

1. CANTIDADES PROMEDIO Y MÁXIMAS POR TIPO DE EXPOSICIÓN (EFECTIVO, CHEQUES, TÍTULOS VALORES).
Average and maximum amounts by type of exposure (cash, cheques, securities)
UN PREDIO, DIRECCION GENERAL

2. CLASE Y TIPO DE CAJAS DE SEGURIDAD MÁS DETALLES DEL TIPO Y NÚMERO DE CERRADURAS
(Types and ratings of safes, plus details as types and number of locks)

CAJAS FUERTES Y CASILLAS DE CAJA MENOR

3. TIPO Y CLASE DE CUALQUIER SISTEMA DE ALARMA
(Type and ratings of any alarm system)

ALARMA MONITOREADA Y 160 CAMAS

4. NÚMERO DE CELADORES LABORANDO EN LOS PREDIOS
(Number of watchmen on duty at the Promises).
12 PUESTOS DE SEGURIDAD

5. NÚMERO DE MENSAJEROS Y GUARDIAS QUE ACOMPAÑARÁN LA PROPIEDAD EN TRÁNSITO
(Number of Messengers and guards accompanying property in transit)

12 PUESTOS DE SEGURIDAD EN DOS TURNOS

6. USO DE CARROS BLINDADOS (VALORES, FRECUENCIA)
Use of armored vehicles service (values, frequency)

N/A

7. CUALQUIER OTRA INFORMACIÓN SOBRE LA SEGURIDAD FÍSICA APLICABLE A SU NEGOCIO O A SUS EXPOSICIONES
(Any other physical security information applicable to your business or to your exposure)

N/A

**INFORMACIÓN DE PÉRDIDAS
LOSS INFORMATION**

CUADRO DE EXPERIENCIA DE SINIESTROS

FAVOR DAR EN EL ESPACIO SUMINISTRADO ABAJO U HOJA ANEXA, BREVES DETALLES DE CUALQUIER PÉRDIDA(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.

(Please give in the space provided below or addendum, brief details of any loss or losses you have sustained (whether insured or uninsured), before the application of any deductible, which was sustained during the past five years.)

FECHA DE OCURRENCIA Date of loss	FECHA DE DESCUBRIMIENTO Date Discovered	Cludad y Oficina Country And Office	FECHA DE DENUNCIA PENAL Date of penal advise	CAUSA Nature of loss	MONTO BRUTO Amount of loss	HUBO DETENCIÓN O DESPIDO DE EMPLEADOS A CAUSA DE PARTICIPACIÓN U OMISIÓN
N/A						

A MENOS QUE LA INFORMACIÓN ANTERIOR HAYA SIDO SUMINISTRADA ANTES, FAVOR DESCRIBA LAS MEDIDAS CORRECTIVAS TOMADAS PARA EVITAR LA REOCURRENCIA
(Unless the information has been provided above, please describe corrective measures taken to avoid reoccurrence)

N/A

**VIII. DETALLE DE COBERTURA
PARTICULARS OF COVERAGE**

A. ¿TIENE USTED UN SEGURO SIMILAR AL QUE ESTA SOLICITANDO?
(Do you have any similar insurance to the one you are applying for?)

SI (YES) NO

SI LO ANTERIOR ES POSITIVO FAVOR SUMINISTRAR LOS SIGUIENTES DETALLES
(If so, please provide the following details):

1. NOMBRE DEL ASEGURADOR
(Name of Insurer): LA PREVISORA

2. CLAUSULADO DE LA PÓLIZA
(Current policy wording): MANEJO GLOBAL ENTIDAD ESTATAL

3. LÍMITES
(Limits carried): \$150,000,000

4. DEDUCIBLE(S)
(Deductible(s)): SIN DEDUCIBLE

5. ANEXOS EXPECIALES O ENDOSOS ANEXAR COPIA SI LO REQUIERE
(Special riders or endorsements Attach copies, if it is necessary)

N/A

6. PRIMA
(Current Premium): \$13,530,000

B. ¿POR QUÉ ESTA SOLICITANDO ESTE SEGURO AHORA?
(Why are you applying for this insurance now?)

NECESIDAD DE COBERTURA Y RENOVACION

C. ¿SE LE HA CANCELADO O NEGADO EN LOS ULTIMOS 5 AÑOS ALGÚN SEGURO DE COBERTURA SIMILAR?
(Has any similar insurance coverage for the insured been canceled or declined in the last 5 years?)

SI (YES) NO

(If so, give full details): _____

COBERTURA REQUERIDA

(Coverage Requested): INFIDELIDAD Y RIESGOS FINANCIEROS

COBERTURA

(Coverage): INDIFELIDAD Y RIESGOS FINANCIEROS

LÍMITE SOLICITADO

(Limit requested): \$2.000.000.000

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

(Are you aware of any circumstances which might materially affect this application?)

SI (YES) NO

SI ES AFIRMATIVO EXPLIQUE

(If so, please explain): _____

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 SERA 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 EMBARGO, EL HABER FIRMADO ESTA PROPUESTA NO NOS OBLIGA A TOMAR EL SEGURO.

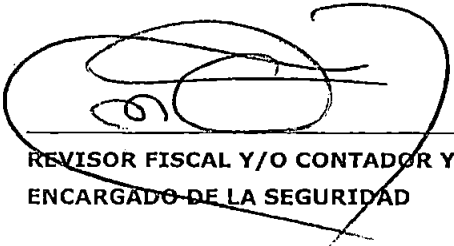
(We declare that the statements and particulars in this application are to the best of our knowledge and belief correct and that we have not knowingly misled or suppressed any material facts. We agree that this application together with any other information supplied by us shall form the basis of any contract of insurance effected thereon and shall be incorporated therein. We undertake to inform insurers of any material alteration to these facts whether occurring before or after completion of the contract of insurance. However, signing this application form does not bind the applicant to complete this insurance)

EN FE DE LO CUAL SE FIRMA EN BAGUE A LOS 20 DÍAS DEL MES DE DICIEMBRE
DE 2023



LUIS EDUARDO GONZALEZ

GERENTE O DIRECTOR
Manager or Director



REVISOR FISCAL Y/O CONTADOR Y/O
ENCARGADO DE LA SEGURIDAD

1. CANTIDADES MÁXIMAS POR TIPO DE EXPOSICIÓN (Efectivo, Cheques, Títulos Valores)
\$40.000.000

2. CLASE Y TIPO DE CAJAS DE SEGURIDAD MÁS DETALLES DEL TIPO Y NÚMERO DE CERRADURAS

CAJA FUERTE Y CASILLAS DE SEGURIDAD

3. TIPO Y CLASE DE CUALQUIER SISTEMA DE ALARMA

ALARMA MONITOREADA Y 160 CAMARAS DE SEGURIDAD

4. NÚMERO DE CELADORES LABORANDO EN LOS PREDIOS

12 GUARDAS CON TURNOS DE 12 HORAS

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

N/A

ER

[Volver](#)[Descargar documento](#)[Cerrar](#)

DETALLE DEL DOCUMENTO

Identificación del documento

ID del documento 0D8CCB825A7AFB6D8737E48A4F481867E8A7449D5BC9620DDF751F3188B89B9A

Ubicación Archivo

Información del documento

Clasificación de documento: -

Descripción FORMULARIO DE PROPUESTA PARA INFIDELIDAD Y RIESGOS FINANCIEROS.pdf
Nombre FORMULARIO DE PROPUESTA PARA INFIDELIDAD Y RIESGOS FINANCIEROS.pdf
Tamaño 14612049
Estado No encriptado
Creado por CESAR AUGUSTO MONTOYA PALOMINO
Fecha de creación 2 horas de tiempo transcurrido (10/01/2024 10:06:51 AM(UTC-05:00)
Bogotá, Lima, Quito)

Documento usado en

Tipo	Descripción
Mensaje	19d33b6f-4883-4c6a-a4e5-1962f53a6e17

Configuración de acceso al documento

¿Todos los usuarios de la entidad tienen acceso a este documento?

Sí No

[Volver](#)[Descargar documento](#)[Cerrar](#)



RIME INSURANCE APPLICATION FORM

¡Y IMPORTANTE:

DILIGENCIAR EL PRESENTE FORMULARIO 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 ESTE DE ACUERDO CON LA REALIDAD DEL RIESGO PODRÍA CAUSAR LA PÉRDIDA DE LA INDEMNIZACIÓN.

¡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.

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO

PARTICULARS OF INSURED

NOMBRE DEL ASEGURADO:

(Name of Insured): HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA ESE

INDICAR LAS PRINCIPALES ACTIVIDADES DEL ASEGURADO (BREVE):

DESCRIPCIÓN (Insured's Principal Business): ACTIVIDADES DE HOSPITALES CLINICAS CON INTERNACION

DIRECCIÓN PRINCIPAL:

(Principal Address): CALLE 33 No.4B-50

TIPO DE ORGANIZACIÓN:

(Type of Organization): EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

NÚMERO TOTAL DE ACCIONISTAS:

(Total Number Share holders/Equity owners): _____

¿ALGUNA DE LAS PERSONAS U ORGANIZACIÓN ES PROPIETARIA DE MÁS DEL 10% DE LAS ACCIONES?

(Does any person or organization owns more than 10% of the equity?)

SI (YES) NO

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA FAVOR ENUMERAR NOMBRES Y PORCENTAJES:

(If so, please list names and percentages):

100% DEL ESTADO

FECHA DE FUNDACIÓN

(Date established): 1973

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.

(Please attach latest Annual Report if published. Otherwise, attach most recent financial statement and a list of Directors and Senior Officers with Background Information)

SE ANEXA INFORMACION FINANCIERA A CORTE 2022

Y PORCENTAJE DE PROPIEDAD DEL ASEGURADO.

(Please attach a list of all subsidiaries and affiliates to be covered, their principal business activities, ownership by the insured)
NINGUNA

INFORMACIÓN FINANCIERA
FINANCIAL INFORMATION

	AÑO (YEAR)	AÑO (YEAR)	AÑO (YEAR)
	2022	2021	2020
A. INGRESOS Revenue	272.775.883.794,91	218.195.269.369,40	\$139.484.839.734
B. UTILIDADES O PÉRDIDAS NETAS Net Profit or Loss	32.257.114.926,50	14.751.322.459,99	\$19.371.858.710
C. CAPITAL	37.572.181.079,07	37.572.181.079,99	\$37.572.181.079
D. GANANCIAS RETENIDAS Retained Earnings	0	0	0
E. SUPERAVIT DE CAPITAL Capital Surplus	0	0	0
F. ACTIVOS CORRIENTES TOTALES Total Current Assets	164.171.288.734,49	125.657.101.093,17	\$123.890.113.980
G. PASIVOS CORRIENTES TOTALES Total Current Liabilities	49.410.515.857,40	26.316.639.234,64	\$14.345.799.582
H. FLUJO DE CAJA Cash Flow	2.322.641.015,27	10.531.197.827,79	\$13.048.271.745

I. NATURALEZA DEL NEGOCIO
NATURE OF BUSINESS

NEGOCIO PRINCIPAL Y CONTRIBUCIÓN APROXIMADA A LOS INGRESOS

(Principal business and approximate percentage contribution to revenues):

ACTIVIDADES DE HOSPITALES CLINICAS CON INTERNACION

EN EL CURSO DEL NEGOCIO EL ASEGURADO:

(In the course of its business, does the Insured):

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

(Engage in trading securities, commodities, currencies, etc.)

SI (YES) NO

II. ¿HACE PRESTAMOS O CRÉDITOS EXTENDIDOS?

(Make loans or extended credit?)

SI (YES) NO

III. ¿EMITE RECIBOS DE BODEGA?

(Issue warehouse receipts?)

SI (YES) NO

IV. ¿TRANSPORTA O ALMACENA VALORES PARA OTROS?

(Transport or store values for others?)

SI (YES) NO

V. ¿SE INVOLUCRA EN LEASING?

(Engage in Leasing?)

SI (YES) 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)

(If yes to any of above, please attach details of the particularities / extend of such activities and the controls in place, specially To Salesmen (inside))

I. EMPLEADOS Y OFICINAS

EMPLOYEES AND OFFICES

NÚMERO TOTAL DE EMPLEADOS UBICADOS EN COLOMBIA

(Total number of employees located in Colombia): 1395

CLASE 1. EMPLEADOS LOCALIZADOS EN COLOMBIA

(Class 1. Employees located in Colombia):

GERENTE GENERAL

(Chairman) VER LISTADO DE FUNCIONARIOS EN ANEXO COMPLEMENTARIO

PRESIDENTE

(President) _____

VICEPRESIDENTE

(Vice-president) _____

TESORERO

(Treasurer) _____

ASISTENTE TESORERIA

(Assistant Treasury) _____

SECRETARIO

(Secretary) _____

ASISTENTE DEL SECRETARIO

(Assistant Secretary) _____

INTERVENTOR

(Supervisor) _____

ASISTENTE DE INTERVENTORIA

(Assistant Supervisor) _____

GERENTE DE PUBLICIDAD

(Advertising Manager) _____

GERENTE DE OFICINA

(Office Manager) _____

GERENTE DE DEPARTAMENTO

(Department Manager)

GERENTE DE SUCURSAL

(Branch Manager)

ASISTENTE DE GERENTE DE SUCURSAL

(Assistant Branch Manager)

GERENTE DE VENTAS

(Sales Manager)

ASISTENTE GERENCIA VENTAS

(Assistant Sales Manager)

GERENTE DE VENTAS DE SUCURSAL

(Branch Sales Manager)

AGENTES DE COMPRAS O COMPRADORES

(Purchasing Agents or Buyers)

ASISTENTE DEL AGENTE DE COMPRAS O COMPRADORES

(Assistant Purchasing Agents or Buying)

VENEDORES (EXTERNOS Y COBRADORES)

Salesmen (Outside and Collecting)

VENEDORES (EXTERNOS NO COBRADORES)

Salesmen (Outside not Collecting)

VENEDORES (INTERNOS)

(Salesmen (Inside))

CAJEROS

(Cashiers)

CONTADORES Y AUDITORES

(Accountants & Auditors)

ENCARGADOS DE LIBROS DE CONTABILIDAD

(Bookkeepers)

GERENTES DE CRÉDITO

(Credit Managers)

ENCARGADOS DE MANEJO DE EFECTIVO

(Cash Handling Clerks)

ENCARGADOS DE NÓMINA

(Payroll Clerks)

COBRADORES

(Collectors)

MENSAJEROS EXTERNOS

(Outside Messengers)

SUPERINTENDENTE GENERAL

(General Superintendent)

(Asth. or factory Super) _____

APUNTADORES

(Timekeepers) _____

PAGADORES

(Paymasters) _____

GERENTES DE COMERCIO

(Traffic Managers) _____

ENCARGADOS DE RECIBOS

(Receiving Clerks) _____

ENCARGADOS DE DESPACHOS

(Shipping Clerks) _____

ENCARGADOS DE INVENTARIOS

(Stock Clerks) _____

CELADORES

(Watchmen) _____

PORTEROS Y GUARDIAS

(Doormen & Guards) _____

CONDUCTORES (RECOLECTORES)

(Drivers (Collecting)) _____

CONDUCTORES (NO RECOLECTORES)

(Drivers (Not Collecting)) _____

TOTAL CLASE 1

(Total class 1) _____

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

(State number of people and position with access to securities and cash, if required attach positions and values).

DINERO EN EFECTIVO

Cash

PRINCIPAL Heat Office		SUCURSALES / AGENCIAS Branches / Agencies	
No. Personas Number of People	Cargos Positions	No. Personas Number of People	Cargos Positions
2	TESOREO Y AUXILIAR	2	AUXILIAR Y TENICO
1	Almacena. ta.	1	Almacena. ta.

ED

Securities

PRINCIPAL Head Office		SUCURSALES / AGENCIAS Branches / Agencies	
No. Personas Number of People	Cargos Positions	No. Personas Number of People	Cargos Positions
2	TESORERO Y AUXILIAR	2	AUXILIAR Y TECNICO

D. NÚMERO DE PREDIOS DENTRO DE COLOMBIA

(Number of locations within Colombia):

VENTAS AL POR MENOR (Retail)	NO APLICA _____
VENTAS AL POR MAYOR (Wholesale)	_____
DISTRIBUCIÓN (Distribution)	_____
ALMACENAJE (Warehousing)	_____
MANUFACTURERA (Manufacturing)	_____
OFICINA PRINCIPAL (Home Office)	_____
OFICINA REGIONAL (Regional Office)	_____
SUCUCURSAL (Branch Office)	_____
OTRAS (Other)	_____

E. EMPLEADOS EXTRANJEROS Y PREDIOS

(Foreign Employees and locations):

CIUDAD Country	No. EMPLEADOS Employees	OFICINA Branch	NATURALEZA DEL NEGOCIO Nature of Business
NO APLICA			

TOTAL (Total): _____

AUDITORES

AUDITORS

AUDITORIA EXTERNA:

(External Audits):

- ¿SON SUS LIBROS AUDITADOS POR UN AUDITOR EXTERNO INDEPENDIENTE?

(Are your books audited by an Independent External Auditor)

SI (YES) NO

SI LO ANTERIOR ES POSITIVO (If so):

1. NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL AUDITOR

(Name and address of auditors): ERNESTO MORA

2. FRECUENCIA DE LA AUDITORIA

(Frequency of audit): MENSUAL

3. ¿SON ESTAS AUDITORIAS COMPLETAS Y SIN CONDICIONAMIENTOS?

(Are these audits complete and unconditioned?)

SI (YES) NO

SI LO ANTERIOR ES NEGATIVO, DESCRIBA LAS LIMITACIONES

(If not, describe the limitations) _____

4. ¿TODAS LAS LOCALIDADES Y ENTIDADES SON AUDITADAS?

(Are all locations and entities audited?)

SI (YES) NO

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

(If not, describe the extent of the Audit): _____

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

(Have you changed C.P.A.'s in the last 5 years?)

SI (YES) NO

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

(If so, please furnish name of previous C.P.A and reason for change): SAIDA VIVIANA HERREÑO PRIETO CONTRALOR DESIGNADA POR LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD RES 7345 DE 2019 TP 97561-T

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

(Does the C.P.A. review your systems of internal control and furnish written reports?):

SI (YES) NO

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

(Has the C.P.A. made any recommendations in the last two audits that have not been adopted?):

SI (YES) NO

ADOPTARON

(If so, give details of the commendations and the reasons for not adopting them): _____

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

Do independent external Auditors send the report directly to the Board of Directors?

SI (YES) NO

SI LA RESPUESTA ES NEGATIVA, ¿A QUIÉN REPORTAN?

If not to whom? _____

AUDITORIA INTERNA

(Internal Audit):

• ¿TIENE USTED UN DEPARTAMENTO DE AUDITORIA INTERNA?

(Do you have an internal audit Department?):

SI (YES) NO

SI LO ANTERIOR ES POSITIVO

(If so):

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

SI (YES) NO

SI LA RESPUESTA ES NEGATIVA, ¿A QUIÉN REPORTAN?

(If not whom?): _____

2. ¿CUÁNTOS EMPLEADOS SON DESIGNADOS PARA AUDITORIA INTERNA?

(How many employees are assigned to internal audit? 15)

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

(Do you have an audit and control procedure manual?)

SI (YES) NO

4. ¿CADA CUÁNTO (EN UN AÑO) SE REALIZAN AUDITORIAS INTERNAS COMPLETAS?

(How often are complete internal audits carried out during one year? _____)

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

(Are all locations including EDP facilities included?)

SI (YES) NO

6. ¿SE HACEN REPORTES ESCRITOS?

Are written reports made?

SI (YES) NO

¿A QUIÉN SE ENVIAN?

(To whom are they sent?) _____

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

(Are there Internal Audit Department employees assigned to foreign operations?)

SI (YES) NO

¿A COMPAÑIAS SUBSIDIARIAS?

(To subsidiary companies?)

SI (YES) NO

... EN EL INTERIOR DE LA EMPRESA, 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 RELACIONADOS CON EMPLEADOS). (If so, describe their reporting channels and indicate their relationship to local management, particularly with respect to local management over ship and personnel matters).

I. CONTROLES

CONTROLS

.. COMPRAS, INVENTARIO Y CONCILIACIÓN DE CUENTAS

(Purchasing, inventory and account reconciliation):

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

Do you maintain a current list of approved vendors?

SI (YES) NO

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

(Do you use serially pre-numbered purchase requisitions, purchase orders, receiving reports, and check voucher request?)

SI (YES) NO

3. ¿ANTES DEL PAGO, SON CONCILIADAS LAS ORDENES 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?

(Prior payment, are purchase orders, vendor invoices and receiving documents reconciled and vendor information checked against the approved vendor list by a person not assigned to purchasing or receiving?)

SI (YES) NO

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

(Are all orders confirmed with vendors by someone not assigned to purchasing or receiving?)

SI (YES) NO

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

(Do you maintain strict separation of functions with respect to purchasing, receiving, paying and accounting?)

SI (YES) NO

6. ¿LOS COMPRADORES Y ASISTENTES DE COMPRA ESTAN SUJETOS A ALGÚN LÍMITE ESPECÍFICO DE AUTORIZACIÓN?

(Are buyers and Assistant buyers subject to specific limits of authority?)

SI (YES) NO

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

(Is a complete inventory made of stock and equipment?)

SI (YES) NO

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

(Please provide details for what? by whom? how frequently?)

EL PRECIO DE COMPRA SE REALIZA A TRAVES DE LA PLATAFORMA SECOP II AJUSTADO AL MANUAL DE CONTRATACION

8. ¿RECONCILIA USTED MENSUALMENTE LOS EXTRACTOS BANCARIOS?

(Do you reconcile monthly bank account statements in a timely manner?)

SI (YES) NO

9. ¿LOS EMPLEADOS QUE CONCILIAN LOS EXTRACTOS BANCARIOS TAMBIÉN FIRMAN CHEQUES?
(Do those employees that reconciled monthly the bank statements also sign cheques?)

SI (YES) NO

¿MANEJAN DEPÓSITOS?

(Handle deposits?)

SI (YES) NO

¿TIENEN ACCESO A MÁQUINAS FIRMADORAS DE CHEQUES?

(Have access to check signing machines?) :

SI (YES) NO

¿TIENEN ACCESO A TERMINALES DE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA DE FONDOS O PROTOCOLOS?

(Have access to electronic funds transfer terminals or protocols?)

SI (YES) NO

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

(If yes to any of the above, are you willing to rectify these weaknesses?)

SI (YES) NO

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

Or do you have other controls in place to prevent losses arising from these weaknesses?

SI (YES) NO

SI LO ANTERIOR ES POSITIVO, DESCRIBIRLOS

(If so, please describe them): _____

PROCESAMIENTO ELECTRÓNICO DE DATOS (P.E.D.) Y TRANSFERENCIAS EN LÍNEA (E.D.P. and wire Transfers)

1. FAVOR ADJUNTAR UNA LISTA DE SUS FACILIDADES DE P.E.D. INCLUYENDO NÚMERO Y UBICACIÓN DE INSTALACIONES, TIPOS DE EQUIPO, NÚMERO DE EMPLEADOS POR CATEGORÍA DE FUNCIONES, NÚMERO DE TERMINALES EN LÍNEA Y DE HARDWARE, Y PORCENTAJE DE LA ACTIVIDAD DEL TERMINAL AL QUE SE LLAMA/MARCA

(Please attach a description of your EDP facilities, including number and locations of installations, types of equipment, numbers of employees by Job category, number of on the line and hardware terminal and percentage of terminal activity which is dial in).

2. ¿ESTÁ 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?

(Is the screening and supervision of employees involved in Electronic Data Processing and/or the wire transfer of funds similar to that of other employees with control over or access to valuable property?).

SI (YES) NO

EXPLICAR (Explain): MONITOREO POR EL AREA DE SISTEMAS

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

(Are computer programmers and operators rotated periodically to minimize Risk?)

SI (YES) NO

4. ¿LAS FUNCIONES DE PROGRAMACIÓN Y PROCESAMIENTO OPERACIONALMENTE Y FÍSICAMENTE ESTAN SEPARADAS?

(Are programming and processing functions operationally and physically separated?)

SI (YES) NO

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

(Is access to E.D.P. facilities limited to authorized personnel?)

SI (YES) NO

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

(Do you have and automatic user log and a manual utilization log? Use?)

SI (YES) NO

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

(Are al least two employees on duty during any E.D.P. shift?)

SI (YES) NO

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

(Are computerized cheques writing operations segregated from departments that authorize cheques?)

SI (YES) NO

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

(Are passwords used to afford various levels of access to the computer system?)

SI (YES) NO

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

(And are passwords changed when an employee that posses them leaves the Company?)

SI (YES) NO

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

(Do you have a continuous E.D.P. audit program in operation?)

SI (YES) NO

SI NO, DESCRIBA EL AMBITO DE LA AUDITORIA ACTUAL

(If not, please describe the scope of the current audit):

LA AUDITORIA ACTUAL ES INTERNA POR CADA AREA, la cual la realiza el Area de control interno y revisoria fiscal.

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

(Does your internal audit department have E.D.P. audit training and experience?)

SI (YES) NO

DESCRÍBALA (Describe):

12. CON RESPECTO A TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA DE FONDOS:

(With respect to Electronic Funds Transfers):

a. ¿CUÁL ES SU VOLUMEN APROXIMADO DE TRANSACCIONES?

(What is your approximate volume of such transfers?)

2051 TRANSACCIONES PROMEDIO DEL MES

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

(What is your maximum approximate volume of such transfers?):

3.139 TRANSACCIONES

c. ¿CUÁL ES LA CANTIDAD MÁXIMA INDIVIDUAL TRANSFERIDA?

(What is the largest single amount transferred?):

\$4.888.617.493,72

el

13. ¿MANTIENE USTED UN MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ACTUALIZADO QUE CUBRAN TODOS LOS ASPECTOS DE SU NEGOCIO?

(Do you maintain a current procedures manual covering Wire Funds Transfers?)

SI. GF-IN-017 PAGOS

14. ¿QUIÉN ESTÁ AUTORIZADO PARA TRANSFERIR FONDOS EN LÍNEA, Y CUÁLES SON LOS LÍMITES DE SU AUTORIDAD?

(Who is authorized to transfer funds by wire, and what are the limits of their authority?)

PROFESIONAL UNIVERSITARIO TESORERIA Y PAGADRIA, CARGA DE ARCHIVOS EN LA PLATAFORMA DE BANCOS GERENTE: COMO ADMINISTRADOR DE LAS PLATAFORMAS AUTORIZA LAS TRANSFERENCIAS DE LOS ARCHIVOS CARGADOS.

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

(Do you use call back procedure to a person other than the one that began the transfer?)

SI (YES) NO

16. CÓMO TRANSMITE USTED LAS INSTRUCCIONES DE TRANSFERENCIA (TELÉFONO, TERMINALES DEDICADAS, TELEX, ETC.)

(How do you transmit transfer instructions (telephone, dedicated terminals, telex, etc.)

TERMINALES DEDICADAS

17. ¿MANTIENE USTED CUENTAS CON SALDO CERO?

(Do you maintain zero balance accounts?)

SI (YES) NO

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

(If so, what is your procedure for setting up these accounts and for changing instructions to the bank?)

CUENTAS CON SALDO 0 SI, SE CONSTITUYEN POR LOS CONVENIOS SUCRITO CON EL GOBIERNO DEPARTAMENTAL Y/O RECURSOS QUE GIRA EL GOBIERNO NACIONAL (MINISTERIO DE SALUD HACIENDA, ETC)

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

(Do you receive confirmation copies of all wire transfers? and are they sent directly to a department not authorized to initiate transfers?)

SI (YES) NO

GENERAL

(General):

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

(Do you have a current operating manual or similar written instructions covering all aspects of your business?)

SI (YES) NO

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

(And are all employees aware of its contents as it pertains to them?)

SI (YES) NO

2. ¿TIENE USTED UN DEPARTAMENTO DE SEGURIDAD?

(Do you have a Security Department?)

SI (YES) NO

¿ESTE DEPARTAMENTO REPORTA DIRECTAMENTE A LA JUNTA DIRECTIVA?

(Does this department report directly to the Board of Director?)

SI (YES) NO

SI LO ANTERIOR ES NEGATIVO, ¿A QUIÉN REPORTA?

(If not, to whom?)

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

(How many employees are assigned to the security department?) 12 PUESTOS DE GUARDA

5. ¿TIENE USTED UN MANUAL DE SEGURIDAD?

Do you have a Security Manual?

SI (YES) 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?

(Do you maintain a system of Joint custody and dual control with respect to cash, checks, negotiable securities, keys to safes and safe deposit boxes, codes, test keys, blank cheques, drafts and similar values or potentially valuable property?)

SI (YES) NO

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

(Do you require double signature on all checks?)

SI (YES) NO

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

(If not, explain control. in place to prevent abuse).

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 ?

(If you use safe deposit boxes, has the depository been instructed to require the presence of two employees before entry to any box is permitted?)

SI (YES) NO

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

(If not, list Persons permitted individual entry):

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

(Do you require all employees to take at least two consecutive weeks of uninterrupted vacation during each year?)

SI (YES) NO

SI NO, DAR DETALLES

(If not, please attach details).

EL

10. ¿COMO SELECCIONA USTED EMPLEADOS POTENCIALES (CREDIT CHEQUES, POLICE O FBI, POLYGRAPH PREVIOUS EMPLOYEES, INDIVIDUAL APPLICATIONS, ETC.) SI SUS PROCEDIMIENTOS DIFIEREN PARA LAS DISTINTAS CATEGORIAS DE EMPLEADOS? FAVOR SUMINISTRAR POR ANEXO DETALLES DE CADA UNO.

(How do you screen potential employees? (Credit cheques, police o FBI, polygraph previous employees, individual applications, etc.) If your procedures differ for different categories of employee, please give full details for each.)

POR CONCURSO DE MERITOS

11. ¿CUÁL ES LA TASA DE INGRESO APROXIMADO ANUAL CON RESPECTO A EMPLEADOS PROFESIONALES DE NÍVEL GERENCIAL?

(What is your approximate annual turnover ran to professional / Management employees?)

10%

12. ¿CÓMO SE COMPARA DICHA TASA CON LA TASA NORMAL PARA SU NEGOCIO? Y SI ES SUPERIOR, ¿CUÁL ES LA RAZÓN PARA LA DIFERENCIA?

(How is such rate compared with the normal rate for your business and if it is higher, what is the reason for the variance?)

ES NORMAL

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

(Please describe your organization in terms of its management style and lines of reporting and authority (centralized or decentralized, structured or unstructured, entrepreneurial, Bureaucratic, etc.)

CENTRALIZADA

14. EN LOS ULTIMOS 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?

(Within the last 6 years, has the insured and or any of its directors and Officers been involved in any civil or criminal action or administrative proceeding in respect of a violation of any law or regulation or the commission of a fraudulent or dishonest act?)

SI (YES) NO

SI LO ANTERIOR ES POSITIVO FAVOR SUMINISTRAR DETALLES COMPLETOS:

(If so, please attach full details)

NO DE LO QUE SE CONOCE

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 FRAUDULENTO O DESHONESTOS? (AL SERVICIO DEL ASEGURADO O DE CUALQUIER OTRA FORMA)

(To the best of the Insured's knowledge, has any current officer director or employee of the insured ever committed or been implicated in the commision of fraudulent or dishonest act? (in the service of the insured or otherwise)

SI (YES) NO

SI LO ANTERIOR ES POSITIVO, FAVOR DAR DETALLES:

(If so, please attach details)

NO DE LO QUE SE CONOCE

NOTA: LAS PÓLIZAS DE FIDELIDAD EXCLUYEN COBERTURA PARA PÉRDIDAS CAUSADAS POR EMPLEADOS DE LOS CUALES EL ASEGURADO HAYA TENIDO CONOCIMIENTO DE QUE HUBIESEN ESTADO IMPLICADOS EN UN ACTO FRAUDULENTO O DESHONESTO ANTERIOR.

(Most Fidelity policies exclude coverage for losses caused by employees known by the insured to have been implicated in a prior fraudulent or dishonest act)

II. PREDIOS Y TRÁNSITO

PREMISES AND TRANSIT

¿TIENEN NÓMINA EN EFECTIVO?

(Do you have cash payrolls?)

SI (YES) NO

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

(If so, please give full details on a separate sheet, including locations, maximum amounts, number of guards, types and ratings of safes and alarm systems, use of armored vehicles, and periods of exposure)

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

(Do you have precious metals or stones or similar high value materials?)

SI (YES) NO

SI LO ANTERIOR ES POSITIVO FAVOR SUMINISTRAR DETALLES COMPLETOS EN HOJA SEPARADA DE LAS LOCALIDADES, CANTIDADES, TIPO DE MATERIALES, TIPO Y CLASE DE CAJAS DE SEGURIDAD Y ALARMAS, NÚMERO DE GUARDIAS, USO DE CARROS BLINDADOS PARA TRANSPORTAR Y CUALQUIER OTRA MEDIDA DE SEGURIDAD QUE SE TOMA.

(If so, please give full details on a separate sheet as to locations, amounts, types of materials, types and rating of safes and alarms, number of guards, use of armored vehicles to transport and other security measures taken)

INDIQUE EL VALOR MÁXIMO EXTRACTADO DE INFORMACIÓN EN MILES

State highest value summarised information

	EFFECTIVO Cash	BONOS Y ACCIONES AL PORTADOR, TÍTULOS VALORES AL COBRO EN CUSTODIA Y PROPIOS. Bonds and bearer shares, negotiable securities under custody and own	OTROS VALORES (**) Others
1. DIRECCIÓN GENERAL Head Office	\$6.885.301	\$720.205.231	\$6.885.301
2. SUCURSALES CON AGENCIAS DEPENDIENTES Dependent Branches	N/A	N/A	N/A
3. SUCURSALES CON AGENCIAS INDEPENDIENTES Independent Branches	N/A	N/A	N/A
4. AGENCIAS Agencies	N/A	N/A	N/A
5. CENTROS CONTABLES, A.D.M. DE COBRANZAS DE COMPUTO Administration Centres	N/A	N/A	N/A
(**) DESCRIPCIÓN DE OTROS Others description	N/A	N/A	N/A

I. INDICAR LA CANTIDAD MÁXIMA DE EFECTIVO EN MILES DE PESOS
(State highest value in cash. 000)

	EN BÓVEDA CAJAFUERTE Vaults and safes	CON CUALQUIER CAJERO With any teller	CON TODOS LOS CAJEROS With all teller
1. DIRECCIÓN GENERAL Head Office	N/A	\$6.885.301	N/A
2. SUCURSALES CON AGENCIAS DEPENDIENTES Dependent Branches	N/A	N/A	N/A
3. SUCURSALES CON AGENCIAS INDEPENDIENTES Independent Branches	N/A	N/A	N/A
4. AGENCIAS Agencies	N/A	N/A	N/A
5. CENTROS CONTABLES, A.D.M. DE COBRANZAS DE COMPUTO Administration Centres	N/A	N/A	N/A
DESCRIPCIÓN Description		N/A	N/A

E. INDICAR LA CANTIDAD MÁXIMA DE EFECTIVO Y VALORES EN TRÁNSITO (EN MILES) POR REMISIÓN INDIVIDUAL
(State highest cash and transit values per individual send. 000)

	CON MENSAJERO With messenger	VEHÍCULOS BLINDADOS DE EMPRESA TRANSPORTADORA Armoured vehicle from hired transporter	VEHÍCULO BLINDADO PROPIO Own armoured vehicles
1. Efectivo Cash	\$40.000.000	N/A	N/A
2. Canje Enviado Clearance	N/A	N/A	N/A
3. Remesas negociadas y al cobro	N/A	N/A	N/A
4. Certificados Certificates	N/A	N/A	N/A
DESCRIPCIÓN Description	N/A	N/A	N/A

F. INDIQUE CUÁL ES LA MÁXIMA CANTIDAD ACUMULADA DE EFECTIVO, TÍTULOS VALORES NEGOCIABLES Y/O CHEQUES QUE
MANTIENE EN PREDIOS O TRANSPORTA A O DESDE CUALQUIER PREDIO
(Indicate maximum accumulated amount in cash, negotiable securities and/or cheques that you have in any Location, or while it
is in transit to or from any location?)
PAGARE \$721.205.231

¿EXISTE TAL ACUMULACIÓN EN TODOS LOS PREDIOS?

(Does such accumulation exist in all premises ?)

SI (YES) NO

• DONDE EXISTA, FAVOR SUMINISTRAR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN EN HOJA SEPARADA:
(Where exists please supply the following information on a separate sheet):

1. CANTIDADES PROMEDIO Y MÁXIMAS POR TIPO DE EXPOSICIÓN (EFECTIVO, CHEQUES, TÍTULOS VALORES)
Average and maximum amounts by type of exposure (cash, cheques, securities)
UN PREDIO, DIRECCION GENERAL

2. CLASE Y TIPO DE CAJAS DE SEGURIDAD MÁS DETALLES DEL TIPO Y NÚMERO DE CERRADURAS
(Types and ratings of safes, plus details as types and number of locks)

CAJAS FUERTES Y CASILLAS DE CAJA MENOR

3. TIPO Y CLASE DE CUALQUIER SISTEMA DE ALARMA
(Type and ratings of any alarm system)

ALARMA MONITOREADA Y 160 CAMAS

4. NÚMERO DE CELADORES LABORANDO EN LOS PREDIOS
(Number of watchmen on duty at the Promises).
12 PUESTOS DE SEGURIDAD

5. NÚMERO DE MENSAJEROS Y GUARDIAS QUE ACOMPAÑARÁN LA PROPIEDAD EN TRÁNSITO
(Number of Messengers and guards accompanying property in transit)

12 PUESTOS DE SEGURIDAD EN DOS TURNOS

6. USO DE CARROS BLINDADOS (VALORES, FRECUENCIA)
Use of armored vehicles service (values, frequency)

N/A

7. CUALQUIER OTRA INFORMACIÓN SOBRE LA SEGURIDAD FÍSICA APLICABLE A SU NEGOCIO O A SUS EXPOSICIONES
(Any other physical security information applicable to your business or to your exposure)

N/A

**INFORMACIÓN DE PÉRDIDAS
LOSS INFORMATION**

CUADRO DE EXPERIENCIA DE SINIESTROS

FAVOR DAR EN EL ESPACIO SUMINISTRADO ABAJO U HOJA ANEXA, BREVES DETALLES DE CUALQUIER PÉRDIDA(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.

(Please give in the space provided below or addendum, brief details of any loss or losses you have sustained (whether insured or uninsured), before the application of any deductible, which was sustained during the past five years.)

FECHA DE OCURRENCIA Date of loss	FECHA DE DESCUBRIMIENTO Date Discovered	Ciudad y Oficina Country And Office	FECHA DE DENUNCIA PENAL Date of penal advise	CAUSA Nature of loss	MONTO BRUTO Amount of loss	HUBO DETENCIÓN O DESPIDO DE EMPLEADOS A CAUSA DE PARTICIPACIÓN U OMISIÓN
N/A						

A MENOS QUE LA INFORMACIÓN ANTERIOR HAYA SIDO SUMINISTRADA ANTES, FAVOR DESCRIBA LAS MEDIDAS CORRECTIVAS TOMADAS PARA EVITAR LA REOCURRENCIA
(Unless the information has been provided above, please describe corrective measures taken to avoid reoccurrence)

N/A

VIII. DETALLE DE COBERTURA
PARTICULARS OF COVERAGE

A. ¿TIENE USTED UN SEGURO SIMILAR AL QUE ESTA SOLICITANDO?
(Do you have any similar insurance to the one you are applying for?)

SI (YES) NO

SI LO ANTERIOR ES POSITIVO FAVOR SUMINISTRAR LOS SIGUIENTES DETALLES
(If so, please provide the following details):

1. NOMBRE DEL ASEGURADOR
(Name of Insurer): LA PREVISORA

2. CLAUSULADO DE LA PÓLIZA
(Current policy wording): MANEJO GLOBAL ENTIDAD ESTATAL

3. LÍMITES
(Limits carried): \$150.000.000

4. DEDUCIBLE(S)
(Deductible(s)): SIN DEDUCIBLE

5. ANEXOS EXPECIALES O ENDOSOS ANEXAR COPIA SI LO REQUIERE
(Special riders or endorsements Attach copies, if it is necessary)

N/A

6. PRIMA
(Current Premium): \$13.530.000

B. ¿POR QUÉ ESTA SOLICITANDO ESTE SEGURO AHORA?
(Why are you applying for this insurance now?)

NECESIDAD DE COBERTURA Y RENOVACION

C. ¿SE LE HA CANCELADO O NEGADO EN LOS ULTIMOS 5 AÑOS ALGÚN SEGURO DE COBERTURA SIMILAR?
(Has any similar insurance coverage for the insured been canceled or declined in the last 5 years?)

SI (YES) NO

(If so, give full details): _____

7. COBERTURA REQUERIDA
(Coverage Requested): INFIDELIDAD Y RIESGOS FINANCIEROS

COBERTURA
(Coverage): INFIDELIDAD Y RIESGOS FINANCIEROS

LÍMITE SOLICITADO
(Limit requested): \$2.000.000.000

¿CONOCE USTED DE CUALQUIER CIRCUNSTANCIA QUE MATERIALMENTE PUEDA AFECTAR ESTA PROPUESTA?
Are you aware of any circumstances which might materially affect this application?)

SI (YES) NO

SI ES AFIRMATIVO EXPLIQUE

(If so, please explain): _____

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 SERA 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 EMBARGO, EL HABER FIRMADO ESTA PROPUESTA NO NOS OBLIGA A TOMAR EL SEGURO.

(We declare that the statements and particulars in this application are to the best of our knowledge and belief correct and that we have not knowingly misled or suppressed any material facts. We agree that this application together with any other information supplied by us shall form the basis of any contract of insurance effected thereon and shall be incorporated therein. We undertake to inform insurers of any material alteration to these facts whether occurring before or after completion of the contract of insurance. However, signing this application form does not bind the applicant to complete this insurance)

EN FE DE LO CUAL SE FIRMA EN IBAGUE A LOS 20 DÍAS DEL MES DE DICIEMBRE
DE 2023.

LUIS EDUARDO GONZALEZ

GERENTE O DIRECTOR
Manager or Director

REVISOR FISCAL Y/O CONTADOR Y/O
ENCARGADO DE LA SEGURIDAD

1. CANTIDADES MÁXIMAS POR TIPO DE EXPOSICIÓN (Efectivo, Cheques, Títulos Valores)

\$40.000.000

2. CLASE Y TIPO DE CAJAS DE SEGURIDAD MÁS DETALLES DEL TIPO Y NÚMERO DE CERRADURAS

CAJA FUERTE Y CASILLAS DE SEGURIDAD

3. TIPO Y CLASE DE CUALQUIER SISTEMA DE ALARMA

ALARMA MONITOREADA Y 160 CAMARAS DE SEGURIDAD

4. NÚMERO DE CELADORES LABORANDO EN LOS PREDIOS

12 GUARDAS CON TURNOS DE 12 HORAS

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

N/A



[Volver](#)[Descargar documento](#)[Cerrar](#)

DETALLE DEL DOCUMENTO

Identificación del documento

ID del documento 9D3EF2ED5746B64111ED95E0ED90ABDBD46E61A1F01566F56E073FD51DDE1200

Ubicación Archivo

Información del documento

Clasificación de documento: -

Descripción SOLICITUD DEL SEGUROS DE RESPONSABILIDAD CIVIL
EXTRACONTRACTUAL.pdf

Nombre SOLICITUD DEL SEGUROS DE RESPONSABILIDAD CIVIL
EXTRACONTRACTUAL.pdf

Tamaño 1508708

Estado No encriptado

Creado por CESAR AUGUSTO MONTOYA PALOMINO

Fecha de creación 2 horas de tiempo transcurrido (10/01/2024 10:06:53 AM(UTC-05:00)
Bogotá, Lima, Quito)

Documento usado en

Tipo	Descripción
Mensaje	19d33b6f-4883-4c6a-a4e5-1962f53a6e17

Configuración de acceso al documento

¿Todos los usuarios de la entidad tienen acceso a este documento?

Sí No

[Volver](#)[Descargar documento](#)[Cerrar](#)

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 se 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.

1. DEL ASEGURADO

RAZÓN SOCIAL: HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA E.S.E. IBAGUE

REPRESENTANTE LEGAL: LUIS EDUARDO GONZALEZ

DOMICILIO: CALLE 33 No.4ª-50 barrio la francia

TELÉFONO: 2739805 FAX: _____

OTRAS OFICINAS O PREDIOS: Sede limonar calle 58 No.5-25

AÑO DE CONSTITUCIÓN: 1973

2. ACTIVIDAD PRINCIPAL

DAR DETALLES: Prestacion de servicios de salud a la poblacion que lo requiera

UTILIZAN MAQUINARIA SI NO

DE QUE TIPO: _____

2.1. OTRAS ACTIVIDADES

DAR DETALLES: N/A

3. CONTRATAN O SUBCONTRATAN ALGÚN SERVICIO

ESPECIFICAR: Lavandería de Ropa, Vigilancia, Alimentacion, Mantenimiento, Servicio Auxiliares

I. NÚMERO TOTAL DE EMPLEADOS:

1.395

I.1 A QUE EPS ESTAN AFILIADOS: Sanitas, salud total, nueva EPS

I.2 A QUE ARP ESTAN AFILIADOS: Positiva

UBICACIÓN EN EL SECTOR

URBANO c) COMERCIAL e) RURAL
RESIDENCIAL d) SUBURBANO f) INDUSTRIAL

VIGILANCIA PERMANENTE

NO

LINDEROS

1 NORTE
PO DE EDIFICACIÓN: Cra 4C Bis

ACTIVIDAD QUE DESARROLLA: Residencial

2 SUR
PO DE EDIFICACIÓN: Cra 4C canal de mirolindo

ACTIVIDAD QUE DESARROLLA: Residencial

3 ORIENTE
PO DE EDIFICACIÓN: Calle 37

ACTIVIDAD QUE DESARROLLA: Residencial

4 OCCIDENTE
PO DE EDIFICACIÓN: Calle 33

ACTIVIDAD QUE DESARROLLA: Residencial y Comercial

¿EXISTEN FACTORES QUE SE CONSIDERAN AGRAVANTES DEL RIESGO?

NO

DAÑOS: _____

VALORACIÓN DE INSTALACIONES

PRECAUCIONES CONTRA INCENDIO / SEGURIDAD GENERAL (NÚMERO):

<input type="checkbox"/> EXTINGUIDORES	<input checked="" type="checkbox"/> SPRINKLERS
<input type="checkbox"/> BOMBAS DE AGUA	<input checked="" type="checkbox"/> BRIGADA CONTRA INCENDIO
<input type="checkbox"/> ASCENSORES	<input type="checkbox"/> ESCALERAS ELÉCTRICAS
<input checked="" type="checkbox"/> CAFETERÍA, RESTAURANTE	<input checked="" type="checkbox"/> ZONAS DEPORTIVAS
<input type="checkbox"/> ENFERMERÍA, (PRIMEROS AUXILIOS)	

10. INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

	AÑO ACTUAL	PROYECCIÓN AÑO SIGUIENTE
INGRESOS BRUTOS	Ver informacion financiera del 2022	
VALOR DE LA NÓMINA		
UTILIDAD BRUTA ANUAL		

11. RELACIÓN DE VEHÍCULOS UTILIZADOS PARA LA ACTIVIDAD DE LA EMPRESA

- a) PROPIOS No. 9
- b) NO PROPIOS No. _____

REGISTRO DE SINIESTROS

INDIQUEN A CONTINUACIÓN LAS RECLAMACIONES QUE LES HAN SIDO PRESENTADAS, LAS LIQUIDADAS Y LAS PENDIENTES DURANTE LOS ÚLTIMOS 4 AÑOS AUNQUE NO HAYAN ESTADO ASEGURADOS LOS SINIESTROS PENDIENTES ESTIMADOS DE LOS QUE PUDIERAN SER RESPONSABLES (NO EL IMPORTE RECLAMADO) POR EJEMPLO EL IMPORTE QUE LIMITARÍA SU RESPONSABILIDAD BAJO LAS CONDICIONES DE SUS CONTRATOS CON SUS CLIENTES.

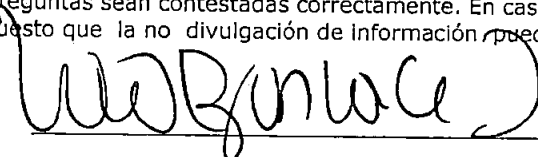
AÑO	DESCRIPCIÓN	VALOR TOTAL PERDIDA	VALOR PAGADO TOTAL
	Ver RELACION PUBLICADA		

INDICAR EN HOJA APARTE CUALQUIER INFORMACIÓN ADICIONAL RELATIVA AL SEGURO DE SU NEGOCIO.

ESPECIFIQUE EL LIMITE DE VALOR ASEGURADO SOLICITADO: \$5.000.000.000

OBSERVACIONES: _____

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 LA PREVISORA S.A. Compañía de Seguros, puesto que la no divulgación de información puede afectar a los derechos del Asegurado o pueda anularla Póliza.

Firma: 

Nombre: LUIS EDUARDO GONZALEZ

Cargo: Gerente

Lugar y Fecha: Ibague, 20 de diciembre el 2023

[Volver](#)[Descargar documento](#)[Cerrar](#)

DETALLE DEL DOCUMENTO

Identificación del documento

ID del documento 38ACF1724C638D9EAB67E7CEE8076CB667B6AD3398B1B60FE47F1AD138E37354

Ubicación Archivo

Información del documento

Clasificación de documento: -

Descripción SOLICITUD SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PARA SERVIDORES PUBLICOS.pdf

Nombre SOLICITUD SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PARA SERVIDORES PUBLICOS.pdf

Tamaño 3290220

Estado No encriptado

Creado por CESAR AUGUSTO MONTOYA PALOMINO

Fecha de creación 4 horas de tiempo transcurrido (10/01/2024 10:06:57 AM(UTC-05:00)
Bogotá, Lima, Quito)

Documento usado en

Tipo	Descripción
Mensaje	19d33b6f-4883-4c6a-a4e5-1962f53a6e17

Configuración de acceso al documento

¿Todos los usuarios de la entidad tienen acceso a este documento?

Sí No

[Volver](#)[Descargar documento](#)[Cerrar](#)

SUCURSAL FECHA
 bague | 20 | 12 | 2023

Todas las preguntas deben ser contestadas sin dejar espacios en blanco.

DATOS DEL CUENTE:

I. Datos Generales

Nombre de la entidad: HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA
 Nit de la entidad: 890.706.833-9
 Naturaleza jurídica de la entidad: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
 Fecha de constitución de la entidad: 13 DE NOVIEMBRE DE 1973
 Objeto misional de la entidad: PRESTACION DE SERVICIOS DE LA SALUD AL PERSONAL QUE LO REQUIERA

INFORMACION DE CARGOS:

2. Relacione los cargos activos que desea asegurar

Nombre del cargo	No. De cargos
SE ADJUNTA	

3. Relacione los cargos que a la fecha no están activos que desea asegurar

Nombre del cargo	No. De cargos
N/A	
Total cargos asegurados:	

Nota: Se recomienda revisar los cargos directivos de los últimos 10 años que hayan desaparecido pero que requieren cobertura. De igual forma si el espacio no es suficiente para la relación de los cargos adjuntar hoja anexa.

4. Durante los últimos 5 años:

4.1 Ha cambiado la denominación de la compañía: SI NO En caso afirmativo dar detalles:

4.2 ¿Ha tenido lugar o se tiene contemplado alguna adquisición, fusión, absorción, etc., de otras empresas?
 SI NO En caso afirmativo dar detalles: _____

3. ¿Se han adquirido o vendido filiales o subsidiarias? SI NO En caso afirmativo dar detalles:

6. Relacione las compañías filiales de la entidad, indicando su porcentaje de participación:

NINGUNA

7. Información relacionada con seguros

Informe si tiene actualmente contratadas alguna de las siguientes pólizas:

Ramo	Aseguradora	Límite asegurado	Vigencia desde	Vigencia hasta
Responsabilidad Civil Servidores Públicos	LA PREVISORA	1.500.000.000	30/04/2023	26/01/2024
Manejo Global	LA PREVISORA	200.000.000	30/04/2023	26/01/2024
Infidelidad y riesgos financieros	LA PREVISORA	2.000.000.000	30/04/2023	26/01/2024

8. Límite asegurado requerido para la nueva vigencia: \$1.500.000.000

8.1 En caso de ser distinto el límite requerido para la nueva vigencia al actualmente contratado, favor indicar las razones de la modificación:

8.2 En caso de requerir retroactividad, indicar fecha exacta:

Día	Mes	Año
1	1	2016

9. Actualmente tiene contratado el periodo extendido para reclamos en pólizas de responsabilidad civil para servidores Públicos: SI NO

10. En los últimos 3 años, le han revocado la póliza de responsabilidad civil para servidores públicos: SI NO En caso afirmativo dar detalles:

11. ¿Respecto a las pólizas de responsabilidad civil, durante los últimos 5 años se han formulado reclamos? SI NO En caso afirmativo dar detalles: (De ser necesario dar respuesta en hoja anexa)

Vigencia 2022 se solicitaron gastos de defensa

12. ¿Tiene alguna de las personas para las que se propone este seguro conocimiento de alguna circunstancia o incidente que pudiera dar lugar a una reclamación o investigación? SI NO En caso afirmativo dar detalles: (De ser necesario dar respuesta en hoja anexa)

13. ¿Durante los últimos 3 años alguna invitación o proceso de selección de contratistas para la contratación de seguros que ha adelantado la entidad, donde se incluya la póliza de responsabilidad civil servidores públicos se ha declarado desierto? SI NO En caso afirmativo dar detalles:

14. Informe los hallazgos o advertencias que se hallan realizado por auditorías realizadas a la entidad (incluyendo informes de Contraloría u otros organismos de control) en los últimos 3 años, así como los planes de acción implementados. (De ser necesario entregar información en hoja anexa).

N/A

INFORMACIÓN FINANCIERA

15. ¿Existe alguna responsabilidad o aspecto extraordinario indicado dentro del informe financiero del último año fiscal? SI NO En caso afirmativo dar detalles:
(De ser necesario entregar información en hoja anexa).

16. Conforme a la información financiera indique si en alguno de los últimos dos periodos fiscales la entidad ha presentado pérdidas: SI NO En caso afirmativo informar las razones:
(De ser necesario entregar información en hoja anexa).

INFORMACIÓN RELEVANTE AL COVID-19

17. Preguntas relacionadas con COVID 19: (De ser necesario dar respuesta a las siguientes, en hoja anexa)

17.1 Informe las medidas preventivas que ha adoptado con los trabajadores:
VER ANEXO COMPLEMENTARIO

17.2 Si parte o la totalidad de sus empleados trabajan de forma remota, indique las medidas de seguridad adoptadas para prevenir ciberataques o violaciones de datos:

VER ANEXO COMPLEMENTARIO

17.3 ¿Ha realizado un análisis de sus principales clientes, proveedores o cadenas de suministro que podrían verse afectados por las medidas adoptadas por el coronavirus? ¿Cuál es el resultado actual de este análisis / qué impacto anticipa que tendrán estas medidas en su entidad?

Por la naturaleza de la actividad económica y social el hospital siempre ha garantizado el funcionamiento suministro y prestación del servicio a la comunidad

17.4 ¿La entidad ha incumplido pagos o contratos como consecuencia de la situación generada por el coronavirus, o prevé que puede incumplirlos a futuro o solicitar ampliaciones de plazo? SI NO
En caso afirmativo informar las razones:

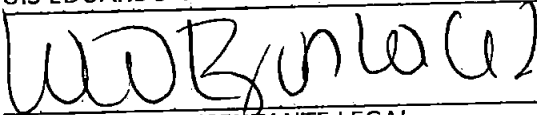
7.5 ¿La entidad ha dictado medidas que pudieron o pueden afectar a la ciudadanía y por las cuales se pueda coleccionar reclamos futuros (Ejemplo: ¿medidas de confinamiento que hayan afectado negocios)?

No aplica

DECLARACIONES

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. ESTA SOLICITUD NO OBLIGA A LA FORMALIZACIÓN DEL SEGURO PROPUESTO, PERO SE ACUERDA QUE ESTA SOLICITUD SE ADJUNTARÁ Y CONSTITUIRÁ PARTE DE LA PÓLIZA. LA REVISORA SEGUROS QUEDA AUTORIZADA PARA REALIZAR CUALQUIER INDAGACIÓN Y CONSULTA O SOLICITUD DE INFORMACIÓN QUE CONSIDERE NECESARIA.

FECHA	
20	12 2023
EDAD	
CARGO	
Gerente	
NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL	
UIS EDUARDO GONZALEZ	


FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL
C.C. 5828.288 Inaque

DOCUMENTOS OBLIGATORIOS POR ADJUNTAR

- .. Balance e informes financieros de los últimos dos periodos fiscales incluidas las notas.
- .. Detalle de reclamaciones y/o investigaciones a la fecha indicando fecha de ocurrencia, fecha de reclamación, clase del proceso, pretensiones (si aplica), pagos, reservas, amparo afectado, estado del proceso y descripción del incidente, de los últimos 5 años

LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS QUE EN ADELANTE SE DENOMINARÁ PREVISORA, HACE CONSTAR QUE EL SOLICITANTE DE ESTE SEGURO DECLARA CONOCER Y ACEPTAR ÍNTEGRAMENTE LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES QUE SE APLICARÁN EN EL SEGURO QUE SOLICITA. ESTE FORMULARIO TIENE EL TENOR DE UNA DECLARACIÓN JURADA.

QUEDA CONVENIDO QUE, SI SE CONCRETA UN CONTRATO DE SEGUROS, ESTE FORMULARIO FORMARÁ PARTE INTEGRANTE DEL MISMO.

EL ASEGURADO TIENE EL DEBER DE AVISAR A LA COMPAÑÍA DE SEGUROS DENTRO DE LAS 72 HORAS DE TODA MODIFICACIÓN EN LA INFORMACIÓN AQUÍ DECLARADA.