

# SOLICITUD DEL SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL

## EXTRACONTRACTUAL



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: UNIVERSIDAD DEL TOLIMA

REPRESENTANTE LEGAL: OMAR ALBEIRO MEJÍA PATIÑO

DOMICILIO: CALLE 42 No. 1-02 BARRIO SANTA HELENA IBAGUÉ-TOLIMA

TELÉFONO: 2771212 FAX: \_\_\_\_\_

OTRAS OFICINAS O PREDIOS: SEDE MIRAMAR (CONSULTORIO JURÍDICO-HOSPITAL VETERINARIO), SEDE EDIFICIO CENTRO, SEDE OCOBOS, PARQUE INNOVAMENTE, LOTE LASERNA, GRANJA LAS BRISAS, GRANJA ARMERO (CURND), CENTRO FORESTAL BAJO CALIMA, SEDE MARIQUITA, CENTRO TECNOLÓGICO DE LÉRIDA, SEDE CHAPARRAL, GRANJA MARAÑONES, FINCA EL RECREO, GRANJA LA REFORMA.

AÑO DE CONSTITUCIÓN: 21 DE MAYO DE 1945

### 2. ACTIVIDAD PRINCIPAL

DAR DETALLES: OFERTA DE PROGRAMAS ACADÉMICOS DE DIFERENTES NIVELES DE FORMACIÓN, OFERTA DE EDUCACIÓN CONTINUADA, EN MODALIDADES, ASÍ COMO AL REALIZACIÓN DE INVESTIGACIÓN Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO CONSULTORÍAS, ASESORÍAS, INTERVENTORÍAS, ETC, A LA COMUNIDAD EN GENERAL Y PARTES INTERESADAS.

UTILIZAN MAQUINARIA

DE QUE TIPO: \_\_\_\_\_

2.1. OTRAS  
ACTIVIDADES:

DAR DETALLES: ACTIVIDADES DE ATENCIÓN MÉDICA A ANIMALES (VETERINARIAS)

### 3. CONTRATAN O SUBCONTRATAN ALGÚN SERVICIO

ESPECIFICAR: BIENES Y SERVICIOS

### 4. NÚMERO TOTAL DE EMPLEADOS: 955

821 TRABAJADORES DE PLANTA  
134 TRABAJADORES TRANSITORIOS

4.1 A QUE EPS ESTAN AFILIADOS: EPS CON PRESENCIA A NIVEL NACIONAL (A CRITERIO DEL FUNCIONARIO)

4.2 A QUE ARP ESTAN AFILIADOS: ARL COLMENA

### 5. UBICACIÓN EN EL SECTOR

- a) URBANO       c) COMERCIAL       e) RURAL   
b) RESIDENCIAL       d) SUBURBANO       f) INDUSTRIAL

### 6. VIGILANCIA PERMANENTE

SI  NO

### 7. LINDEROS

7.1 NORTE  
TIPO DE EDIFICACIÓN: CALLE 2 BARRIO SANTA HELENA-RESIDENCIAS ESTUDIANTILES, PARQUEADERO ALTERNO,  
BLOQUE 31 A, B, BLOQUE 32, BLOQUE 24

ACTIVIDAD QUE DESARROLLA: ACADEMICO-ADMINISTRATIVO

7.2 SUR  
TIPO DE EDIFICACIÓN: RIO COMBEIMA-COLISEO CUBIERTO, PRESTADORA DE SALUD, RESTAURANTE, BLOQUE 10, 14,  
18, 19, 33, JARDÍN BOTÁNICO

ACTIVIDAD QUE DESARROLLA: ACADÉMICO-ADMINISTRATIVO

7.3 ORIENTE  
TIPO DE EDIFICACIÓN: MÓDULOS ACADÉMICOS LA MARÍA-POLIDEPORTIVO

ACTIVIDAD QUE DESARROLLA: ACADÉMICO ADMINISTRATIVO

7.4 OCCIDENTE  
TIPO DE EDIFICACIÓN: QUEBRADA LA GUADALEJA, BLOQUE HIDRÁULICA, PRESTADORA DE SALUD, BLOQUE 25, 28,29

ACTIVIDAD QUE DESARROLLA: ACADÉMICO ADMINISTRATIVO

**8. ¿EXISTEN FACTORES QUE SE CONSIDERAN AGRAVANTES DEL RIESGO?**SI  NO 

CUALES: \_\_\_\_\_

**9. VALORACIÓN DE INSTALACIONES**

PRECAUCIONES CONTRA INCENDIO / SEGURIDAD GENERAL (NÚMERO):

- |   |   |
|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> EXTINGUIDORES                   | <input checked="" type="checkbox"/> SPRINKLERS (BLOQUE 33)  |
| <input checked="" type="checkbox"/> BOMBAS DE AGUA                  | <input checked="" type="checkbox"/> BRIGADA CONTRA INCENDIO |
| <input checked="" type="checkbox"/> ASCENSORES                      | <input type="checkbox"/> ESCALERAS ELÉCTRICAS               |
| <input checked="" type="checkbox"/> CAFETERÍA, RESTAURANTE          | <input checked="" type="checkbox"/> ZONAS DEPORTIVAS        |
| <input checked="" type="checkbox"/> ENFERMERÍA, (PRIMEROS AUXILIOS) |   |

**10. INFORMACIÓN DE LA EMPRESA**

	AÑO ACTUAL	PROYECCIÓN AÑO SIGUIENTE
INGRESOS BRUTOS	\$210.596.362.080.57	
VALOR DE LA NÓMINA	\$129.678.415.111,00	
UTILIDAD BRUTA ANUAL	\$48.371.786.515,29	

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

- a) PROPIOS No. 21
- 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
	Verc cuadro siniestral		

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

ESPECIFIQUE EL LIMITE DE VALOR ASEGURADO SOLICITADO: \$3.000.000.000.00

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: MARTHA LUCIA NÚÑEZ RODRÍGUEZ

Cargo: RECTORA ( E ) RESOLUCIÓN 0339 DE ABRIL 1 DE 2024

Lugar y Fecha: IBAGUÉ, ABRIL 11 DE 2024



DSI 295/18/04/2024

**Formulario de Solicitud**  
**Póliza de Infidelidad y Riesgos Financieros**  
**Entidades no Financieras**

**Información General**

1. Nombre del Asegurado:

UNIVERSIDAD DEL TOLIMA

2. Subsidiarias (indique porcentaje de participación):

TODAS SUS SEDES

A menos que sea requerido por el asegurado, esta póliza cubrirá al asegurado y sus subsidiarias: (Subsidiaria es cualquier organización que sea controlada por una entidad que este incluida dentro del asegurado por tener o controlar más del 50% de las acciones). Este formulario debe ser completado para reflejar el funcionamiento de todas las entidades para las cuales se solicita cobertura.

3. Dirección:

CALLE 42 N. 1 – 02 BARRIO SANTA HELENA

4. Clase de Negocio (del Asegurado y de todas las entidades cubiertas):

EDUCACION SUPERIOR

5. Fecha de Fundación:

21 DE MAYO DE 1945

6. Total Activos:

\$ 384.513.732.324,31

7. Total Ventas/Ingresos:

\$ 210.596.362.080,57

8. Número total de Sucursales: Nacional 16 Internacional:  Total 16

9. Nombre y porcentaje de cualquier accionista que tenga más del 50% del capital accionario:

Nombre del Accionista	Porcentaje

10. El asegurado se ha fusionado o adquirido cualquier otro negocio o entidad durante los últimos 5 años?

Sí  No  Sí es así, por favor dar mayor información:

Por favor anexar Estados Financieros actualizados (Balance General y Estado de Pérdidas y Ganancias) con sus respectivas notas.

**Formulario de Solicitud**  
**Póliza de Infidelidad y Riesgos Financieros**  
**Entidades no Financieras**

## Seguros Anteriores

1. Es la primera vez que se pide este tipo de seguro?      **Sí**       **No**
2. Fecha de iniciación de cobertura de la póliza actual: \_\_\_\_\_
3. Se ha interrumpido la póliza para alguna vigencia?      **Sí**       **No**
4. Hace cuánto tiempo se viene trabajando con esta póliza: \_\_\_\_\_
5. Por favor detallar los seguros anteriores para los últimos 2 años:

	<b>Aseguradora</b>	<b>Limites</b>	<b>Período</b>	<b>Deducibles</b>
ACTUAL	LA PREVISORA	\$2.000.000.000	11/06/2023 AL 06/05/2024	\$40.000.000
ANTERIOR	LA PREVISORA	\$2.000.000.000	11/04/2023 AL 11/06/2023	

## Auditorías

1. Son las cuentas auditadas por una compañía externa e independiente? **Sí**       **No**   
Por quién?       Con qué frecuencia?
2. Cubre la auditoria todas las áreas de la Compañía?      **Sí**       **No**   
**Sino, describa las limitaciones que presenta:**
3. La auditoria se hace a todas las Entidades Subsidiarias? **SEDES**      **Sí**       **No**   
**Sino, dar mayor detalle:**
4. Se hacen informes de auditoria por escrito?      **Sí**       **No**   
**Sí es así, indique a quién se le dirigen?**
5. La auditoria externa revisa los sistemas de control interno?      **Sí**       **No**
6. Ha cambiado de Auditor Externo en los últimos 3 años      **Sí**       **No**   
**Porque?**
7. Los Auditores Externos han realizado recomendaciones que no hayan sido adoptadas?      **Si**       **No**   
**Explique**

**Formulario de Solicitud**  
**Póliza de Infidelidad y Riesgos Financieros**  
**Entidades no Financieras**

8. Sino se requiere de una auditoria externa independiente, quién es el responsable de auditar las cuentas?  
Brevemente explicar cuál es el alcance y las limitaciones de esta auditoria:

N/A

9. Se tiene un departamento de auditoria interna? **Sí X** **No**

OFICINA DE CONTROL INTERNO

10. Con qué frecuencia se hacen auditorias internas:

DE ACUERDO A UNA PROGRAMACION SE AUDITAN TODAS LAS AREAS

11. Cuantas personas componen este departamento?

JEFE DE CONTROL INTERNO, 3 PROFESIONALES Y 1 AUXILIAR ADMINISTRATIVO

12. A quien reporta?

AL REPRESENTANTE LEGAL – LIDERES DE PROCESOS

13. Se hacen informes de auditoria por escrito? **Sí X** **No**

**Sí es así, indique a quién se le dirigen?**

AL RECTOR Y LIDERES DE PROCESOS

14. Cubre la auditoria todas las áreas de la Compañía? **Sí X** **No**   
Sino, describa las limitaciones que presenta:

15. La auditoria se hace a todas las Entidades Subsidiarias? **Sí X** **No**   
**Sino, dar mayor detalle:**

SE REALIZA A TODAS LAS SEDES – NO SON SUBSIDIARIAS

16. Se auditan las facilidades de Procesamiento Electrónico? **Sí X** **No**

17. Existen Manuales de Auditoria y Procedimientos de Control? **Sí X** **No**

**Compras**

1. Mantiene una lista de vendedores aprobados? **Sí**  **No X**

2. Utiliza formatos (ordenes de pago, reportes de recibos y solicitud de cupones de cheques) con números preimpresos seriales? **Sí X** **No**

3. Antes del pago son conciliadas las ordenes de compra y recibos de ventas y la información del vendedor con la lista aprobada de vendedores por una persona no asignada a compras y recibo? **Sí**  **No X**

4. Todas las ordenes son confirmadas con los vendedores por alguien no asignado a comprar o recibir? **Sí**  **No X**

5. Los compradores y asistentes de compras están sujetos a límites de autorización? **Sí X** **No**   
Cuáles:

EN SECCION DE COMPRAS HASTA 100 SMMLV

**Formulario de Solicitud**  
**Póliza de Infidelidad y Riesgos Financieros**  
**Entidades no Financieras**

**Inventarios**

1. Se realiza un inventario completo (con chequeo físico) de los stocks (materia prima, materiales, mercancías y repuestos) y de los equipos? **Sí X** **No**
2. Quién es el encargado de realizarlo?  
 ALMACENISTA GENERAL Y AUXILIARES
3. Con qué frecuencia?  
 MENSUAL
4. Son los inventarios de stock y equipos auditados? **Sí X** **No**

**Controles en las Cuentas Bancarias**

Los empleados que reconcilian las cuentas bancarias también:

- a. Firman cheques? **Sí**  **No X**
- b. Manejan depósitos? **Sí**  **No X**
- c. Tienen acceso a máquinas visadoras de Cheques? **Sí**  **No X**
- d. Los empleados que preparan las requisiciones de cheques también tienen autoridad para firmarlos? **Sí**  **No X**

**Si alguna de las respuestas anteriores fue "Si", que otros controles se tienen?**

**Valores en Riesgo**

1. Cuáles son las cantidades promedio y máximas que se tienen en un día común de trabajo de:

	<b>Efectivo</b>	<b>Cheques</b>	<b>Títulos Valores</b>
Principal	\$ 8.500.000.000.00	\$ - 0 -	
Sucursales	\$ - 0 -	\$ - 0 -	
Agencias	N/A		

2. Cuáles son las cantidades promedio y máximas que se transportan con mensajeros:

	<b>Efectivo</b>	<b>Cheques</b>	<b>Títulos Valores</b>
Principal	N/A		
Sucursales	N/A		
Agencias	N/A		

3. Utilizan Vehículos Blindados? **Sí**  **No X**  
 Indicar en que ocasiones:



**Formulario de Solicitud**  
**Póliza de Infidelidad y Riesgos Financieros**  
**Entidades no Financieras**

\_\_\_\_\_

4. Mantiene un sistema de custodia conjunta y control dual con respecto a Títulos Valores, Cheques, Códigos, Pruebas, Llaves, Cajas Fuertes, Cheques en blanco o propiedades que potencialmente sean de valor?  
Sí  No
5. Todos los cheques requieren doble firma? Sí  No

**Metales Preciosos**

---

Existe alguna exposición debido a metales o piedras preciosas (por ejemplo plata, oro, platino, diamantes o materiales similares que tengan un alto costo)? Sí  No

Si es así, por favor agregar una copia del manual de procedimientos y un listado de esos metales y piedras preciosas en donde se indique el lugar donde están ubicados, el valor promedio y máximo de esos materiales en cada predio y los controles que se tienen para su uso (quién tiene acceso, que protecciones al hacer el inventario se tienen, etc.) y en que forma los materiales están (barras, polvo, etc.).

**Controles en los Sistemas**

---

1. Se realiza una rotación periódica de los programadores y operadores para minimizar la posibilidad de que los equipos sean usados de una manera inadecuada? Sí  No
2. Son las labores de los programadores y operadores separadas? Sí  No
3. Son las salidas del sistema (informes) reconciliados por personas diferentes a las que preparan y procesan las entradas? Sí  No
4. Se tienen controles de pre-autorización para los programadores y operadores? Sí  No
5. Las auditorías incluyen pruebas para detectar cambios no autorizados de programación? Sí  No
6. Posee un código de usuario automático y manual de uso de este? Sí  No
7. Las claves son usadas para permitir diferentes niveles de acceso al computador? Sí  No
8. Las claves son cambiadas cuando un empleado abandona la compañía? Sí  No
9. Tienen acceso físico o electrónico a los sistemas del asegurado personas diferentes a los empleados? Sí  No
10. Tiene un programa de auditoría en Procesamiento Electrónico de Datos en operación? Sí  No
11. Tiene su departamento de Auditoría Interna entrenamiento y experiencia en auditoría en Procesamiento Electrónico de Datos? Sí  No

**Formulario de Solicitud**  
**Póliza de Infidelidad y Riesgos Financieros**  
**Entidades no Financieras**

Describala:

**Transferencias Bancarias**

1. Cuál es el número diario de transferencias bancarias realizadas?

\$100.000.000.00 TRANSFERENCIAS BANCARIAS

3. Cuál es la cantidad máxima individual transferida?

\$8.500.000.000.00

4. Cuál es el volumen máximo mensual transferido?

\$ 13.000.000.000.00

5. Quién esta autorizado para transferir fondos y cual es su límite de autoridad?

PAGADURIA – PROFESIONAL UNIVERSITARIO DE TESORERIA

6. Tiene usted manuales de procedimientos actualizados que cubran las transferencias bancarias? **Sí X No**

8. Emplea un sistema de devolución de llamada a una persona diferente a la que inició la transferencia? **Sí X No**

9. Son los computadores usados para manejar transferencias? **Sí X No**

Si es así, agregar una copia de los procedimientos utilizados.

- Se cumplen estos procedimientos?

**Sí X**  **No**

- Están los controles de seguridad funcionando?

**Sí X**  **No**

9. Recibe copias de confirmación de las transacciones en línea y estas se envían a un departamento no autorizado para realizar transferencias? **Sí**  **No X**

10. Mantiene cuentas con saldo cero? **Sí**  **No X**

Si es así, describa cuales son los controles para este tipo de cuentas:

11. Describa como funciona el control dual para las transferencias bancarias

EN 1 BANCOS SE TIENE UN PREPARADOR Y UN PAGADOR

EN 6 BANCOS SOLO CON EL PAGADOR

**Formulario de Solicitud**  
**Póliza de Infidelidad y Riesgos Financieros**  
**Entidades no Financieras**

---

## Personal

---

Empleados de Clase 1 son directores; ejecutivos; empleados que manejan dinero, títulos valores, stocks y equipos de propiedad de la Compañía.

1. Indicar el número de empleados:

Empleados Clase 1	83
Total Otros empleados	872
Total de empleados	955

2. Se tiene un proceso de selección detallado de los empleados de la Compañía? **Sí x** **No**

3. Requiere que todos sus empleados tomen al menos dos semanas consecutivas de vacaciones? **Sí X** **No**

## Seguridades físicas y controles

---

1. Tiene un manual de operación o instrucciones escritas que cubran todos los aspectos de su negocio? **Sí X** **No**   
Conocen todos los empleados su contenido? **Sí X** **No**

2. Tiene usted cajas fuertes en los predios? **Sí X** **No**   
Tienen las cajas fuertes cerraduras de combinación? **Sí X** **No**   
Se encuentran las cajas fuertes ancladas? **Sí X** **No**

3. Tienen alarmas? **Sí X** **No**   
Conectadas a una estación central? **Sí X** **No**  
Conectadas a la policía? **Sí X** **No**

4. Cuentan con celadores? **Sí X** **No**

Cuántos celadores en el día? **Nueve (9)**

Cuántos celadores en la noche? **Ocho (8)**

Si son contratados con una firma externa indicar el nombre de la misma: VIGILANCIA PROPIA EN LA SEDE CENTRAL DE LA UNIVERSIDAD DEL TOLIMA Y CONTRATADA EN LAS SEDES

5. Indicar cualquier otro sistema de seguridad adicional con la que cuente el Asegurado.

CÁMARAS DE SEGURIDAD, CUENTA CON CIRCUITOS CERRADOS DE TELEVISIÓN (CCTV), SISTEMAS DE ALARMAS.

**Formulario de Solicitud**  
**Póliza de Infidelidad y Riesgos Financieros**  
**Entidades no Financieras**

**Experiencia Siniestral**

1. Favor suministrar una breve información de cualquier pérdida que la Compañía haya sufrido durante los últimos cinco (5) años, tales como infidelidad de empleados, hurto, hurto calificado, desapariciones, destrucción y falsificación. Listar cada pérdida por separado.

Fecha	Valor del Siniestro	Descripción del Siniestro	Medidas Correctivas Tomadas
Ninguna			

(Sí es necesario, por favor anexar una hoja con los siniestros)


2. En los últimos 6 años, el asegurado y/o cualquiera de sus directores se ha visto involucrado en cualquier acción civil, penal o administrativa con respecto a la violación de cualquier ley o regulación o la comisión de un acto fraudulento o deshonesto? **Sí**  **No**
3. Conoce cualquier circunstancia que materialmente pueda afectar esta propuesta? **Sí**  **No**
4. Les ha sido rechazada alguna propuesta de seguro de este tipo por alguna Compañía de Seguros o les han cancelado alguna póliza o declinado su renovación? **Sí**  **No**

Si la respuesta para cualquiera de las preguntas anteriores es positiva, por favor dar mayor detalle:

Hacemos constar que las declaraciones y datos en esta solicitud son verdaderos y que no hemos declarado falsamente ni omitido ningún hecho o dato. Acordamos que esta solicitud, junto con cualquier otra información suministrada por nosotros formará la base de cualquier Contrato de Seguros efectuado sobre ella y será incorporado al mismo. Nos comprometemos a informar a los aseguradores sobre cualquier alteración material a estos hechos, que ocurra antes o después de la finalización del Contrato de Seguro. El hecho de firmar esta Solicitud no obliga al solicitante a llevar a término este Seguro.

**Fecha. Ibagué, 10 de abril del 2024**

Firmado : \_\_\_\_\_  
Nombre: MARTHA LUCIA NÚÑEZ RODRÍGUEZ  
Resolución 0339 de 2024  
Cargo: RECTORA (E) UNIVERSIDAD DEL TOLIMA

  
DSI294-19/04/2024

SOLICITUD SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PARA SERVIDORES PÚBLICOS



SUCURSAL

FECHA

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

**DATOS DEL CLIENTE**

**1. Datos Generales**

Nombre de la entidad: UNIVERSIDAD DEL TOLIMA  
Nit de la entidad: 890.700.640-7  
Naturaleza jurídica de la entidad: INSTITUCION DE EDUCACIÓN SUPERIOR  
Fecha de constitución de la entidad: MAYO 21 DE 1945  
Objeto misional de la entidad: OFERTA DE PROGRAMAS ACADEMICOS DE DIFERENTES NIVELES DE FORMACION Y MODALIDADES, REALIZACIÓN DE INVESTIGACIÓN, SERVICIOS DE CONSULTORIA, ASESORIAS, INTERVENTORIAS, ETC

**INFORMACIÓN DE CARGOS.**

**2. Relacione los cargos activos que desea asegurar**

Nombre del cargo	No. De cargos
SEGÚN RELACIÓN ADJUNTA	
<b>TOTAL CARGOS ASEGURADOS</b>	

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

Nombre del cargo	No. De cargos
<b>Total cargos asegurados:</b>	

**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:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. ¿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:

N/A

---

---

---

### 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	\$ 500.000.000,00	11/06/2023	06/05/2024
Manejo Global	LA PREVISORA	\$ 500.000.000,00	11/06/2023	06/05/2024
Infidelidad y riesgos financieros	LA PREVISORA	\$ 2.000.000.000,00	11/06/2023	06/05/2024

8. Límite asegurado requerido para la nueva vigencia: \$500,000,000,00

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 Me Año

ILIMITADA

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)

---

---

---

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).

---

---

---

### 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: Implementación protocolo  
de bioseguridad el cual fue divulgado a todos los trabajadores de la universidadse suministro elementos de prevención

---

---

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: Los empleados estan trabajando de manera  
presencial.

---

---

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?

---

---

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:

---

---

17.5 ¿La entidad ha dictado medidas que pudieron o pueden afectar a la ciudadanía y por las cuales se

pueda colegir reclamos futuros (Ejemplo: ¿medidas de confinamiento que hayan afectado negocios)?

### ACLARACIONES

EL ABAJO FIRMANTE EN CALIDAD DE REPRESENTANTE LEGAL DE LA COMPAÑÍA DECLARA QUE ACORDE CON SU LA FIRMA DE ESTA SOLICITUD NO OBLIGA A LA FORMALIZACIÓN DEL SEGURO PROPUESTO, PERO SE ACUERDA QUE PREVISORA SEGUROS QUEDA AUTORIZADA PARA REALIZAR CUALQUIER INDAGACIÓN Y CONSULTA O SOLICITUD DE CIUDAD IBAGUÉ

FECH/ ABRIL 11 DE 2024

NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL

CARGO

MARTHA LUCIA NUÑEZ RODRIGUEZ

RECTORA ( E ) Resolución 0339 de abril 1 de 2024

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

C.C. 36.179.400

### DOCUMENTOS OBLIGATORIOS POR ADJUNTAR

1. Balance e informes financieros de los últimos dos periodos fiscales incluidas las notas.
2. Detalle de reclamaciones y/o investigaciones a la fecha indicando fecha de ocurrencia, fecha de reclamación, clase de 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 QUEDA CONVENIDO QUE, SI SE CONCRETA UN CONTRATO DE SEGUROS, ESTE FORMULARIO FORMARÁ PARTE EL ASEGURADO TIENE EL DEBER DE AVISAR A LA COMPAÑÍA DE SEGUROS DENTRO DE LAS 72 HORAS DE TODA

DSI296-19/04/2024







# CUESTIONARIO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA CLÍNICAS Y HOSPITALES

## 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 UNIVERSIDAD DEL TOLIMA	NIT 890.700.640-7
DOMICILIO Calle 42 No. 1-02 BARRIO SANTA HELENA PARTE ALTA	CIUDAD IBAGUÉ
DEPARTAMENTO TOLIMA	TELÉFONOS 2772020-2771212
FAX	E-MAIL dsa@ut.edu.co

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

N/A

3. NOMBRE COMPLETO DEL PROPIETARIO / TITULAR DE LA INSTITUCIÓN  
OMAR. A. MEJIA PATIÑO (REPRESENTANTE LEGAL)

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

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?  
12 DE SEPTIEMBRE DE 2018

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

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

NOMBRE	TIPO DE ESTABLECIMIENTO	DOMICILIO Y LOCALIDAD	TELÉFONO
N/A	N/A	N/A	

8. CUAL ES SU NIVEL DE ATENCIÓN:  
Nivel I - Baja complejidad

LICENCIA DE FUNCIONAMIENTO No.  
730010166801-UNIVERSIDAD DEL TOLIMA -

OTORGADA POR: SECRETARÍA DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL TOLIMA	FECHA:
FECHA DE EXPEDICIÓN	FECHA DE VENCIMIENTO

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

**B. INFORMACIÓN ACERCA DEL DIRECTOR MÉDICO**

1. NOMBRE COMPLETO

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

CARGO DESEMPEÑADO	TIEMPO	NOMBRE DE LA ENTIDAD	CIUDAD	TELÉFONO
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

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

1. NOMBRE COMPLETO

ALVARO GUILLERMO FLOREZ CARRERO

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

CARGO DESEMPEÑADO	TIEMPO	NOMBRE DE LA ENTIDAD	CIUDAD	TELÉFONO
Coordinador Sección Asistencial	8 años	PSS - Universidad del Tolima	Ibague	3167462809
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

**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 SOLICITADAM**

1. VIGENCIA DESDE

MAYO 7 DE 2024

VIGENCIA HASTA

DICIEMBRE 8 DE 2024

2. SUMA ASEGURADA \$500.000.000

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 S.A.
- LÍMITE(S) ASEGURADO(S): \$500.000.000
- VIGENCIA(S): 17/06/2022 AL 11 DE ABRIL DEL 2023.

**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 Prestadora de Servicios de Salud con Objeto Social Diferente

**SECCIÓN IV. INSTALACIONES, EQUIPOS DE SEGURIDAD Y PLANTA FUNCIONAL****A. INFORMACIÓN ACERCA DE LA INSTITUCIÓN**1. AÑO DE CONSTRUCCIÓN  
2018 - 2019MATERIAL (adobe, bloque, concreto armado, etc)  
Concreto reforzado con acero estructura aforticadoNÚMERO DE PISOS  
1 planta

ÁREA TOTAL EN METROS CUADRADOS

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

3. AÑO DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN DEL SISTEMA ELÉCTRICO:

2021



### C. SERVICIOS ESPECIALES

1. ¿SE LLEVAN A CABO INVESTIGACIONES CLÍNICAS? SI  NO

EN CASO AFIRMATIVO, POR FAVOR INCLUYA COPIA DE LOS PROTOCOLOS QUE DETALLAN EL PROPÓSITO DE LA INVESTIGACIÓN

2. ¿TIENE LA INSTITUCIÓN UN BANCO DE SANGRE QUE OBTIENE DEL PÚBLICO SANGRE O SUS DERIVADOS? SI  NO   
EN CASO AFIRMATIVO, ¿QUÉ ANÁLISIS SE REALIZAN?

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

### SECCIÓN VI. CUERPO MÉDICO

1. ¿SE VERIFICA Y COMPRUEBA LA MATRÍCULA Y DIPLOMA DE LOS MÉDICOS CON ANTELACIÓN A SU EMPLEO O A PARTIR DE SU USO DE LA INSTITUCIÓN Y/O PERSONAL O EQUIPOS?

SI  NO

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

SI  NO

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

2 MÉDICOS EMPLEADOS

13 OTROS PROFESIONALES EMPLEADOS

       MÉDICOS NO EMPLEADOS

       OTROS PROFESIONALES NO EMPLEADOS

### 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

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 IBAGUÉ, ABRIL 11 DE 2024

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL:

NOMBRE: MARTHA LUCIA NÚÑEZ RODRÍGUEZ

CARGO: RECTORA ( E ) Resolución 0339 abril 1 de 2024

ACLARACIÓN: \_\_\_\_\_



DSI-302-22/04/2024

V.Bo CLAUDIA PATRICIA TORO NIÑO