

**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 Cauca	NIT	891500.319-2.
DOMICILIO	Cl. 5 # 4-70	CIUDAD	Popayán.
DEPARTAMENTO	Cauca	TELÉFONOS	8209900 Ext 1100.
FAX		E-MAIL	rectoria@unicauca.edu.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

Deibar Rene Hurtado Herrera

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

<input type="checkbox"/> ENTIDAD DE GOBIERNO	<input type="checkbox"/> SOCIEDAD ANÓNIMA	<input type="checkbox"/> SOCIEDAD PROFESIONAL	<input type="checkbox"/> ENTIDAD CON FINES DE LUCRO
<input type="checkbox"/> ENTIDAD SIN FINES DE LUCRO	<input type="checkbox"/> ENTIDAD RELIGIOSA	<input type="checkbox"/> INDIVIDUAL	<input type="checkbox"/> OTRA: <u>Pública</u>

5. ¿DESDE CUANDO ES PROPIETARIO / TITULAR?

22 de abril del 2022.

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

NA.

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

NOMBRE	TIPO DE ESTABLECIMIENTO	DOMICILIO Y LOCALIDAD	TELÉFONO

8. CUAL ES SU NIVEL DE ATENCIÓN:

LICENCIA DE FUNCIONAMIENTO No.

OTORGADA POR:

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:

10. LE HAN CANCELADO O SUSPENDIDO LA LICENCIA DE FUNCIONAMIENTO, ESPECIFIQUE POR QUÉ: No.

**B. INFORMACIÓN ACERCA DEL DIRECTOR MÉDICO**

1. NOMBRE COMPLETO

Ondino Jaid Hormiga Rengifo

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

CARGO DESEMPEÑADO	TIEMPO	NOMBRE DE LA ENTIDAD	CIUDAD	TELÉFONO
<u>Medico Especialista</u>	<u>10 años.</u>	<u>Unidad de Salud</u>	<u>Popayán</u>	<u>8209900</u>
<u>Salud Ocupacional.</u>				

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

1. NOMBRE COMPLETO

Jesús Alberto Carvajal Valencia.

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

CARGO DESEMPEÑADO	TIEMPO	NOMBRE DE LA ENTIDAD	CIUDAD	TELÉFONO
<u>Coordinador nacional</u>				
<u>de Auditoria.</u>	<u>2 años.</u>	<u>Asmet. Salud EPS.</u>	<u>Popayán.</u>	
<u>Director Unidad de Salud</u>	<u>2 años.</u>	<u>Unisalud Unicauca</u>	<u>Popayan.</u>	

**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

VIGENCIA HASTA

2. SUMA ASEGURADA

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: \_\_\_\_\_
- LÍMITE(S) ASEGURADO(S): \_\_\_\_\_
- VIGENCIA(S): \_\_\_\_\_

**SECCIÓN III. TIPO DE INSTITUCIÓN**

PÚBLICA  PRIVADA  OTRA:

- HOSPITAL GENERAL
- HOSPITAL DE MATERNIDAD H.
- CLÍNICA
- HOSPITAL CON ENSEÑANZA UNIVERSITARIA
- HOSPITAL PSIQUIÁTRICO
- OTRO Regimen Especial
- HOSPITAL PEDIÁTRICO
- HOSPITAL CARDIOVASCULAR

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

**A. INFORMACIÓN ACERCA DE LA INSTITUCIÓN**

1. AÑO DE CONSTRUCCIÓN

MATERIAL (adobe, bloque, concreto armado, etc)

NÚMERO DE PISOS

Dos (2)

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: \_\_\_\_\_

**B. EQUIPOS DE SEGURIDAD**

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

- ROCIADORES AUTOMÁTICOS
  - RESERVA AGUA P/INCENDIO \_\_\_\_\_ Lts
  - ÁREA TOTAL DE PROTECCIÓN APROX: \_\_\_\_\_ M<sup>2</sup>
  - ROCIADORES AUTOMÁTICOS EN HABITACIONES DE INTERNACIÓN
  - ALARMAS AUTOMÁTICAS PARA INCENDIO CONECTADAS:
  - LOCALMENTE
  - AL CUERPO DE BOMBEROS
  - DETECTORES DE HUMO
  - ELÉCTRICOS
  - SISTEMA ELÉCTRICO DE EMERGENCIA PARA ÁREAS DE SERVICIOS CRÍTICOS
- Especifique:

2. ¿EXISTE UN PROGRAMA PARA INSPECCIÓN, MANTENIMIENTO Y PRUEBA DE LOS EQUIPOS MEDICOS? SI  NO

A. EN CASO AFIRMATIVO, ¿SE REALIZA UN REGISTRO POR ESCRITO DE INSPECCIONES, MANTENIMIENTOS Y PRUEBAS? SI  NO

B. EN CASO AFIRMATIVO, ESTAS FUNCIONES SON LLEVADAS A CABO POR:

- PERSONAL DE LA INSTITUCIÓN
- FIRMA CONTRATADA
- PLANTA FUNCIONAL

3. ¿TIENEN TODOS LOS PISOS SALIDAS DE EMERGENCIA? SI  NO

4. ¿EXISTE UN PLAN POR ESCRITO PARA EVACUACIÓN DE EMERGENCIA? SI  NO

EN CASO AFIRMATIVO, ¿CON QUE FRECUENCIA DE PRACTICA? Cada 6 meses.

5. ¿CUAL ES LA DISTANCIA APROXIMADA AL DEPARTAMENTO DE BOMBEROS MÁS CERCANO? 15 cuadras

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

A. EN CASO AFIRMATIVO, POR FAVOR INDIQUE EL TIPO

- DIURNA
- NOCTURNA
- 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 V. SERVICIOS PRESTADOS**

**A. UTILIZACIÓN DE LAS CAMAS DE INTERNACIÓN DEL ÚLTIMO AÑO CALENDARIO**

	NÚMERO DE CAMAS HABILITADAS	PROMEDIO ANUAL DE OCUPACIÓN (*)
1. Cuidado intensivo para adultos		
2. Cuidado intensivo para infantes / bebés		
3. Cunas para recién nacidos		
4. Rehabilitación / terapia		
5. Abuso de drogas / alcohol		
6. Psiquiatría		
7. Pacientes terminales (cuidado paliativo)		
8. Cuidados geriátricos		
9. Otras: (especifique)		

(\*) 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	
Cirugía con internación	
Cirugía sin internación (ambulatoria)	
Sala de partos	
Rehabilitación / terapia	
Abuso de drogas / alcohol	
Psiquiatría	
Radiología (imágenes, ecografía, rayos-x)	
Terapia radiante	
Laboratorio (patología)	
Cardiología	
Otras (especifique):	
<b>NÚMERO TOTAL DE PACIENTES</b>	

**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   
 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 7 OTROS PROFESIONALES EMPLEADOS  
4 MÉDICOS NO EMPLEADOS 8 OTROS PROFESIONALES NO EMPLEADOS

**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

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 asegurado 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 \_\_\_\_\_

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL \_\_\_\_\_

NOMBRE \_\_\_\_\_

CARGO \_\_\_\_\_

ACLARACIÓN \_\_\_\_\_

