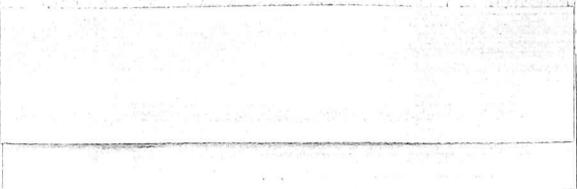


Se

# CUESTIONARIO PARA EL SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL ESTABLECIMIENTOS E INSTITUCIONES MÉDICAS RIESGOS MISCELÁNEOS



## SECCIÓN I - SOLICITANTE

A. Información acerca de la institución

1. Razón Social: Universidad del Cauca NIT: 891500319-2  
 Domicilio: Cra 6 N° 13N-50  
 Ciudad: Popoyón Departamento: Cauca  
 Teléfonos: 8234118 ext 112 Fax: \_\_\_\_\_  
 E-mail: psolud@unicauca.edu.co

2. Si la institución ha tenido otros nombres en el pasado, méncionelos a continuación:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

3. Nombre completo del propietario/ titular de la institución:  
José Luis Diego Tronco - Representante legal.

4. Indique la categoría de tipo de institución (por favor marque todas las que correspondan):

<input type="radio"/> Sociedad anónima	<input checked="" type="radio"/> Entidad de gobierno
<input type="radio"/> Sociedad profesional	<input type="radio"/> Entidad religiosa
<input type="radio"/> Entidad con fines de lucro	<input type="radio"/> Individual
<input type="radio"/> Entidad sin fines de lucro	<input type="radio"/> Otro: _____

5. ¿Desde cuándo es propietario/titular? 2017

6. Si fue propietario/titular de otras instituciones médicas anteriormente, a continuación indique de cuáles:  
N/A

7. Si existen otros establecimientos, operaciones subsidiarias o ubicaciones distintas a la principal, complete lo siguiente:

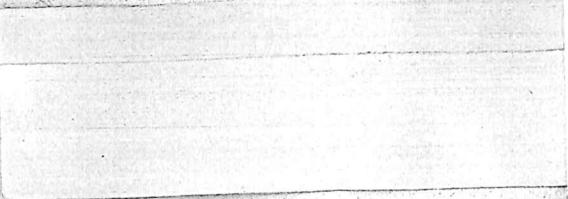
Nombre: Centro de salud Alfonso Lopez Tipo de establecimiento: centro universitario  
 Domicilio y Localidad: Cra 7 # 13-14 coguna Teléfono: \_\_\_\_\_

8. Cuál es su nivel de atención: Primaria Licencia de Funcionamiento No. \_\_\_\_\_ (Adjuntar Copia)  
 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:  
No

10. ¿Le han cancelado ó suspendido la Licencia de Funcionamiento?, especifique por que:  
No

**CUESTIONARIO PARA EL SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL ESTABLECIMIENTOS E INSTITUCIONES MÉDICAS RIESGOS MISCELÁNEOS**



B. ¿Emplea/contrata un Director Médico?

- Tiempo Completo  
 Tiempo parcial

Número promedio de días a la semana: \_\_\_\_\_

1. Si la respuesta es afirmativa, ¿provee servicios médicos directos a los pacientes?

- Sí  No

2. Experiencia laboral en los últimos 3 años (por favor incluya la ocupación actual):

Cargo desempeñado	Tiempo	Nombre de la entidad	Ciudad	Teléfono
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

C. Otras funciones de la institución

1. ¿Cuenta la entidad con personas y/o comités encargados de realizar las siguientes funciones y/o programas?

- a) Administración / Prevención de riesgos  Sí  No
- b) Evaluación de calidad de servicios a los pacientes  Sí  No
- c) Evaluación del trabajo realizado por los miembros del cuerpo médico  Sí  No
- d) Encargado del programa de seguros  Sí  No

2. ¿Cuenta la entidad con asesoramiento especializado en la defensa de Responsabilidad Civil Médica?

- Sí  No

**SECCIÓN II - COBERTURA SOLICITADA**

A. Vigencia: Desde: 30 / 05 / 2018 Hasta: 30 / 05 / 2019

B. Suma asegurada: 100.000.000

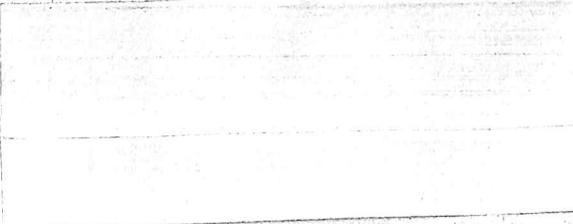
**SECCIÓN III - TIPO DE INSTITUCIÓN:**

Pública  Privada Otra: \_\_\_\_\_

- A.  Hospital General
- B.  Hospital Pediátrico
- C.  Hospital Psiquiátrico
- D.  Hospital con enseñanza universitaria
- E.  Hospital de Maternidad
- F.  Hospital Cardiovascular
- G.  Clínica: \_\_\_\_\_
- H.  Otro: centro universitario de salud



**CUESTIONARIO PARA EL SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL ESTABLECIMIENTOS E INSTITUCIONES MÉDICAS RIESGOS MISCELÁNEOS**



**SECCIÓN IV - SERVICIOS PRESTADOS**

A. Indique todos los servicios prestados que apliquen. Provea la información requerida para cada clasificación. Las cifras provistas tienen que ser cifras anuales.

	Número de visitas de Pacientes*	Facturación Anual**
<input checked="" type="checkbox"/> Centros comunitarios para la salud	_____	_____
<input checked="" type="checkbox"/> Centros de rehabilitación física	_____	_____
<input type="checkbox"/> Cirugía de rehabilitación ocupacional	_____	_____
<input checked="" type="checkbox"/> Centro para emergencias médicas	_____	_____
<input type="checkbox"/> Centro para urgencias médicas	_____	_____
<input type="checkbox"/> Cuidados domiciliarios	_____	_____
<input type="checkbox"/> Cuidados paliativos (hospicios)	_____	_____
<input type="checkbox"/> Farmacias	_____	_____
<input checked="" type="checkbox"/> Laboratorios Clínicos	_____	_____
<input type="checkbox"/> Laboratorios oculares	_____	_____
<input checked="" type="checkbox"/> Laboratorios dentales	_____	_____
<input type="checkbox"/> Laboratorios de imágenes (MRI, CE, Rayos X)	_____	_____
<input type="checkbox"/> Otras (especifique): _____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Número total de visitas de pacientes	_____	_____

Promedio anual Atenciones (Llamados) No. vehículos para Emergencias  
 Transporte para emergencias médicas Código Rojo \_\_\_\_\_ Demás \_\_\_\_\_ Ambulancias \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_

**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.

B. Si provee servicios de hotelería, describa la naturaleza del servicio prestado e indique el número de camas disponibles:

Tipo de servicio	No. de camas
N/A	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

\*No. de visitas de Pacientes: Use el número de pacientes que entran a su establecimiento para recibir servicios médicos, sin importar el número de áreas visitadas ni el número de servicios recibidos. Si el mismo paciente ingresa varias veces durante el mes, cuente cada ingreso como una "visita".

\*\*Facturación Anual: Monto total de ventas realizadas durante el año. Adjunte declaración jurada, declaración de renta o documento similar.

Por favor especifique si aplica cual es el número de procedimientos anuales que realiza la institución.



**CUESTIONARIO PARA EL SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL  
PROFESIONAL ESTABLECIMIENTOS E INSTITUCIONES MÉDICAS  
RIESGOS MISCELÁNEOS**

**SECCIÓN V - REGLAS Y PROCEDIMIENTOS**

A. Se obtiene el consentimiento escrito del paciente o su representante previo a la prestación del servicio médico?

Sí  No

B. ¿Se requieren órdenes escritas del médico del paciente/residente para:

El suministro de medicamentos  Sí  No *N/A*  
 El suministro de dietas y alimentos especiales  Sí  No *N/A*  
 El suministro de cualquier otro tratamiento y/o terapia  Sí  No

C. ¿Quién determina si el paciente tiene que ser trasladado a otra institución para tratamientos o diagnósticos adicionales?

*N/A*

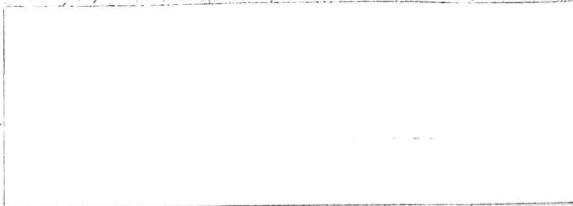
D. ¿Por cuánto tiempo se archivan las órdenes de los médicos, los consentimientos informados de los pacientes y los registros de las enfermeras?

**SECCIÓN VI - PERSONAL MÉDICO EMPLEADO/CONTRATADO**

A. Médicos, Cirujanos y Cirujanos Bucales

NOMBRE	ESPECIALIDAD	ASEGURADOR / No. DE PÓLIZA	MARQUE A LA QUE APLIQUE	HORAS POR MES
			<input type="radio"/> Empleado <input type="radio"/> Contratado	
			<input type="radio"/> Empleado <input type="radio"/> Contratado	
			<input type="radio"/> Empleado <input type="radio"/> Contratado	
			<input type="radio"/> Empleado <input type="radio"/> Contratado	
			<input type="radio"/> Empleado <input type="radio"/> Contratado	

**CUESTIONARIO PARA EL SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL ESTABLECIMIENTOS E INSTITUCIONES MÉDICAS RIESGOS MISCELÁNEOS**



B. Otros profesionales/ Empleados de la salud – Indique el número de personas en cada categoría:

	Empleados		Contratados		Voluntarios	
	Tiempo Completo	Tiempo Parcial	T-C	T-P	T-C	T-P
Auxiliares de Laboratorio						
Auxiliares de Radiología						
Auxiliares de Anestesia						
Bioquímicos						
Dentistas						
Dietistas						
Enfermeras Clínicas						
Enfermeras prácticas						
Enfermeras profesionales						
Farmacéuticos						
Instrumentistas						
Matronas						
Mecánicos dentales						
Nutricionistas						
Técnicos Opticos						
Técnicos en calzado Ortopédico						
Técnicos en Ortesis y Prótesis						
Tecnólogos Emergencias Médicas (EMT)						
Terapistas Ocupacionales						
Otros - Describa						

C. Procedimientos para la Selección y Empleo – Por favor indique los procedimientos empleados por Usted:

- Verifica las credenciales, por ejemplo diplomas, matrículas, licencias, etc.
- Contacta a los empleadores anteriores.
- Verifica las referencias.
- Verifica con hospitales/sanatorios/clínicas/ colegios médicos.
- Verifica con las autoridades respectivas acerca de suspensiones, revocaciones, o toma de medidas disciplinarias.
- Verifica si existe historia criminal.
- Solicita información sobre reclamos de mala-praxis hechos contra el profesional.
- Documenta por escrito todas las verificaciones realizadas.



**CUESTIONARIO PARA EL SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL ESTABLECIMIENTOS E INSTITUCIONES MÉDICAS RIESGOS MISCELÁNEOS**

**SECCIÓN VII - ARREGLOS CONTRACTUALES**

- A.
1. ¿Requiere usted prueba de seguro de Responsabilidad Civil Profesional Médica de los profesionales contratados?  
Sí  No
2. Están estos requisitos consignados en:  
 Los Estatutos de la Entidad  Los contratos con los profesionales  
 Otro: \_\_\_\_\_
3. ¿Cómo verifica Usted el cumplimiento de los profesionales médicos con el requerimiento del seguro?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- B. ¿Existen otros servicios contratados?  
 Sí  No  
Por favor especifique: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- C. ¿Libera Usted de perjuicios a su proveedor de servicios mediante el contrato?  
 Sí  No  
En caso afirmativo, por favor anexe copia del contrato:
- D. ¿Arrienda Usted o hace un "lease" de equipos de propiedad de otros?  
 Sí  No  
Por favor especifique: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- E. ¿Libera Usted de perjuicios al dueño del equipo mediante el Contrato?  
 Sí  No  
En caso afirmativo, por favor anexe copia del contrato.

**SECCIÓN VIII - GENERAL**

**NOTA:** Por favor especifique en hoja adicional cualquier respuesta afirmativa avalando con fecha y firma.

- A. ¿Alguna vez le han cancelado, no renovado, modificado o sobretasado su seguro de R.C. Institucional?  
 Sí  No
- B. ¿Alguna agencia del gobierno ha investigado, suspendido, revocado o limitado su habilitación?  
 Sí  No
- C. ¿Tiene conocimiento alguno de reclamos pendientes o de circunstancia alguna (incluyendo petición de historias clínicas) que pudiese dar surgimiento a un reclamo o demanda en el futuro?  
 Sí  No



**CUESTIONARIO PARA EL SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL  
PROFESIONAL ESTABLECIMIENTOS E INSTITUCIONES MÉDICAS  
RIESGOS MISCELÁNEOS**

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.

Lugar y Fecha: Popoyán, 24 de mayo 2018

Firma: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

Aclaración: \_\_\_\_\_

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