

# 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: <u>Unidad de Salud de la Universidad del Cauca</u>	NIT: <u>891.500.319-2</u>
DOMICILIO: <u>calle 5# 4-70</u>	CIUDAD: <u>Popoyón</u>
DEPARTAMENTO: <u>Cauca</u>	TELÉFONOS: <u>8209900 ext 1672</u>
FAX: <u>8209900 ext 1631</u>	E-MAIL: <u>dirunioalud@unicauca.edu.co</u>

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

Caja de Previsión de la Universidad del Cauca.

3. NOMBRE COMPLETO DEL PROPIETARIO / TITULAR DE LA INSTITUCIÓN

José Luis Diago Froneo - 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?

2017

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
<u>N/A</u>	<u>N/A</u>	<u>N/A</u>	<u>N/A</u>

8. CUAL ES SU NIVEL DE ATENCIÓN:

1 y 2

LICENCIA DE FUNCIONAMIENTO No.

Código Unisalud: REVE06

OTORGADA POR: Ministerio de la Protección social.

FECHA: 22 - Abril - 2008

FECHA DE EXPEDICIÓN: 22 - Abril - 2008

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

Monio Del Socorro Cisneros

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

CARGO DESEMPEÑADO	TIEMPO	NOMBRE DE LA ENTIDAD	CIUDAD	TELÉFONO
Director actual	2 años	Unidad de salud	Popayán	8209900 ext 1601
Encargado de dirección	1 año	Unidad de salud	Popayán	8209900 ext 1601

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

1. NOMBRE COMPLETO

Monio del Socorro Cisneros

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

CARGO DESEMPEÑADO	TIEMPO	NOMBRE DE LA ENTIDAD	CIUDAD	TELÉFONO
Director actual	2 años	Unidad de salud	Popayán	8209900 ext 1601
Encargado de dirección	1 año	Unidad de salud	Popayán	8209900 ext 1601

**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

24 de mayo 2018

VIGENCIA HASTA

24 - mayo 2019

2. SUMA ASEGURADA

1'000.000.000

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
- LÍMITE(S) ASEGURADO(S): 1'000.000.000
- VIGENCIA(S): 24-05-2018 - 24-Mayo-2019

**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 Unidad Especializada en servicios de salud

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

A. INFORMACIÓN ACERCA DE LA INSTITUCIÓN

1. AÑO DE CONSTRUCCIÓN

1964

MATERIAL (adobe, bloque, concreto armado, etc)

Adobe y ladrillo

NÚMERO DE PISOS

2 (dos)

ÁREA TOTAL EN METROS CUADRADOS

2.  CONSTRUIDO PARA BRINDAR SERVICIOS DE SALUD SEGÚN LAS NORMAS REMODELADO: AÑO DE ÚLTIMA REMODELACIÓN 2011

3. AÑO DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN DEL SISTEMA ELÉCTRICO:

2011

**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: 30 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 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       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? Ocas veces al año

5. ¿CUAL ES LA DISTANCIA APROXIMADA AL DEPARTAMENTO DE BOMBEROS MÁS CERCANO? 10 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** N/A

	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** NA

	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 COMPROBA 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):  
4 MÉDICOS EMPLEADOS 2 OTROS PROFESIONALES EMPLEADOS  
3 MÉDICOS NO EMPLEADOS 2 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 Popayán, 24 de mayo de 2018

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

NOMBRE \_\_\_\_\_

CARGO \_\_\_\_\_

Aclaración: \_\_\_\_\_