

**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: 891.500.319-2
Domicilio: CALLE 5 # 4-70
Ciudad: POPAYAN Departamento: CAUCA
Teléfonos: 8234118 Fax: 8234118 EST 105
E - mail: _____

2. Si la institución ha tenido otros nombres en el pasado, méncionelos a continuación:
NO

3. Nombre completo del propietario / titular de la institución:
JOSE LUIS DIAGO FRANCO – REPRESENTATE LEGAL

4. Indique la categoría de tipo de institución (por favor marque todas las que correspondan):
 Sociedad anónima Entidad de gobierno
 Sociedad profesional Entidad religiosa
 Entidad con fines de lucro Individual
Entidad sin fines de lucro Otro: ENTIDAD DEL GOBIERNO DEL ORDEN NACIONAL SIN ANIMO DE LUCRO Y AUTONOMA

5. ¿Desde cuándo es propietario/titular? DESDE LA FUNDACIÓN.

6. Si fue propietario/titular de otras instituciones médicas anteriormente, a continuación indique de cuáles:
NO

7. Si existen otros establecimientos, operaciones subsidiarias o ubicaciones distintas a la principal, complete lo siguiente:
Nombre: UNIDAD DE SALUD Tipo de establecimiento: DE SALUD
Domicilio y Localidad: CALLE 4 # 3-57 Teléfono: 8209900 EXT 1601

8. Cuál es su nivel de atención: PRIMER NIVEL Licencia de Funcionamiento No. CODIGO (Adjuntar Copia)
HABILITACION 1900106113-05
Otorgada por: MINISTERIO DE SALUD Fecha: _____/_____/2008_____
Fecha de Expedición: __/__/2008 Fecha de Vencimiento: N/A / ____/____

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: 5

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

Sí No El cargo del Director Médico es administrativo.

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

Cargo desempeñado	Tiempo	Nombre de la entidad	Ciudad	Teléfono
DIRECTOR	1 AÑO	UNIDAD DE SALUD	POPAYAN	8209900
COORDINADOR NAL AUDITORIA	1 AÑO	ASMET SALUD	POPAYAN	
SUBGERENTE MEDICO	1 AÑO	CLINICA LA ESTANCIA	POPAYAN	

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: 25 /04/ 2022 _____ Hasta: 31 /12 / 2022

B. Suma asegurada: 2.000.000.000 (ESTA SUMA ASEGURADA ES TAMBIEN PARA UNICAUCA, LA SUMA ES PARA LOS DOS)

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: INSTITUCION DE NIVEL 1

**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**
Centros comunitarios para la salud	<u>N/A</u>	<u>N/A</u>
X Centros de rehabilitación física	<u>2,180</u>	<u></u>
Cirugía de rehabilitación ocupacional	<u>N/A</u>	<u></u>
Centro para emergencias médicas	<u>N/A</u>	<u></u>
Centro para urgencias médicas	<u>N/A</u>	<u></u>
Cuidados domiciliarios	<u>42</u>	<u></u>
Cuidados paliativos (hospicios)	<u>N/A</u>	<u></u>
Farmacias	<u>49,200</u>	<u></u>
Laboratorios Clínicos	<u>N/A</u>	<u></u>
Laboratorios oculares	<u>N/A</u>	<u></u>
Laboratorios dentales	<u>3,050</u>	<u></u>
Laboratorios de imágenes (MRI, CE, Rayos X)	<u>N/A</u>	<u></u>
Otras (especifique): <u>PSICOLOGIA (696),</u>	<u></u>	<u></u>
<u>TERAPIA DOMICILIARIA (3.024), VACUNACIÓN</u>	<u></u>	<u></u>
<u>(3.578), CITOLOGIA (34), PEDIATRIA (840),</u>	<u></u>	<u></u>
<u>GINECOLOGIA (684), MEDICINA FAMILIAR</u>	<u></u>	<u></u>
<u>(384), PERIODONCIA (624)</u>	<u></u>	<u></u>
Número total de visitas de pacientes	<u>64,336</u>	<u>\$947.750.000 APROX</u>

	Promedio anual Atenciones (Llamados)	No. vehículos para Emergencias	
Transporte para emergencias médicas Código Rojo	<u>24</u>	Demás	<u>12</u>
		Ambulancias	<u>0</u>
		Otros	<u>0</u>

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

***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

El suministro de dietas y alimentos especiales: Sí No

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?
EL MEDICO O EL ODONTOLOGO QUE LO ATIENDA

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

20 AÑOS POR NORMA

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
NUBIA EDILMA ARTEAGA ARTEAGA	MEDICO GENERAL		<input checked="" type="radio"/> Empleado <input type="radio"/> Contratado	137
ZULY GARCIA	MEDICO GENERAL		<input checked="" type="radio"/> Empleado <input type="radio"/> Contratado	137
JAI ME ARISTIZABAL OSSA	MEDICO GENERAL		<input type="radio"/> Empleado <input checked="" type="radio"/> Contratado	137
EDNA LILIANA LUNA	MEDICO GENERAL		<input type="radio"/> Empleado <input checked="" type="radio"/> Contratado	137
JOSE WILDER VIDAL PATIÑO	MEDICO GENERAL		<input type="radio"/> Empleado <input checked="" type="radio"/> Contratado	137

**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	1		2			
Farmacéuticos	1					
Instrumentistas						
Matronas						
Mecánicos dentales						
Nutricionistas						
Técnicos Opticos						
Técnicos en calzado Ortopédico						
Técnicos en Ortesis y Prótesis						
Tecnólogos Emergencias Médicas (EMT)						
Terapistas Ocupacionales						
Otros – Describa: PERIODONCIA (1 EMPLEADO); ODONTOLOGO (2, 1 EMPLEADO Y 1 CONTRATADO) AUX DE ODONTOLOGIA (2 EMPLEADOS) FISIOTERAPEUTA (1 EMPLEADO) ESTUDIANTES DE FISIOTERAPIA EN PRACTICA: 30 PSICOLOGO: 1 EMPLEADO PEDIATRA: 1 CONTRATADO GINECOLOGO: 1 CONTRATADO MEDICO FAMILIAR: 1 POR CONVENIO DOCENTE ASISTENCIAL.						

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. (Solo se verifica con el colegio médico y con RETHUS)
- Verifica con las autoridades respectivas acerca de suspensiones, revocaciones, o toma de medidas disciplinarias.
- Verifica si existe historia criminal.

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

- 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?
SE LEX EXIGE LA COPIA DE LA POLIZA

B. ¿Existen otros servicios contratados?

Sí No

Por favor especifique: COMO ENTIDAD PUBLICA, SE DEBEN REALIZAR PROCESOS DE CONTRATACION PARA TODAS LAS
ADQUISICIONES Y SERVICIOS.

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

(se presentaron tutelas por prestación de servicios en otras ciudades, debido a que no se tiene una red de prestadores que puedan prestar algunos servicios específicos, se le reembolsa al paciente el costo de los sericios)

**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: Pogoyán 08-04-2022 Firma [Firma]
Cargo: Director Unidad de Salud
Aclaración: _____

**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: 891.500.319-2
Domicilio: carrera 6 no. 13N 50
Ciudad: POPAYAN Departamento: CAUCA
Teléfonos: 8234118 Fax: 8234118 EST 105
E – mail: fsalud@unicauca.edu.co

2 Si la institución ha tenido otros nombres en el pasado, méncionelos a continuación:
NO

3 Nombre completo del propietario / titular de la institución:
JOSE LUIS DIAGO FRANCO – REPRESENTATE LEGAL

4 Indique la categoría de tipo de institución (por favor marque todas las que correspondan):
 Sociedad anónima Entidad de gobierno
 Sociedad profesional Entidad religiosa
 Entidad con fines de lucro Individual
Entidad sin fines de lucro Otro: ENTIDAD DEL GOBIERNO DE ORDEN NACIONAL SIN ANIMO DE LUCRO Y AUTONOMA

5 ¿Desde cuándo es propietario/titular? DESDE LA FUNDACIÓN

6 Si fue propietario/titular de otras instituciones médicas anteriormente, a continuación indique de cuáles:
NO

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 DE SALUD
Domicilio y Localidad: CARRERA 7 #13 - 14 Teléfono: 8224465

8 Cuál es su nivel de atención: PRIMARIA Licencia de Funcionamiento No. 1900106113-01 (Adjuntar Copia)
Otorgada por: MINISTERIO DE SALUD Fecha: 17 / 11 / 2006
Fecha de Expedición: 17 / 11 / 2006 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: 5

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
<u>DIRECTORA CENTRO SALUD</u>	<u>10 AÑOS</u>	<u>CENTRO ALFONSO LOPEZ</u>	<u>POPAYAN</u>	<u>8224465</u>
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

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: 25 / 04 / 2022 Hasta: 31 / 12 / 2022

B. Suma asegurada: 2.000.000.000 (ESTA SUMA ASEGURADA ES PARA UNICAUCA Y UNIDAD DE SALUD)

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 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 type="checkbox"/> Laboratorios Clínicos	_____	_____
<input type="checkbox"/> Laboratorios oculares	_____	_____
<input type="checkbox"/> Laboratorios dentales	_____	_____
<input type="checkbox"/> Laboratorios de imágenes (MRI, CE, Rayos X)	_____	_____
<input type="checkbox"/> Otras (especifique): <u>VACUNACION</u>	_____	_____
<input type="checkbox"/> <u>PROCEDIMIENTOS A MENORES</u>	_____	_____
<input type="checkbox"/> Número total de visitas de pacientes	<u>550 MENSUALES</u>	_____

	Promedio anual Atenciones (Llamados)	No. vehículos para Emergencias
Transporte para emergencias médicas	Código Rojo <u>0</u> Demás <u>0</u>	Ambulancias <u>0</u> Otros <u>0</u>

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

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

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

EL MEDICO GENERAL QUE ATIENDA

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

SEGÚN NORMATIVIDAD 20 AÑOS DESPUES DE LA ULTIMA CONSULTA

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
JUAN DAVID PAEZ	MEDICO GENERAL		<input type="radio"/> Empleado <input checked="" type="radio"/> Contratado	160
			<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	1		1			
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 AUXILIAR DE ENFERMERIA	3		3			

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?
SE EXIGE COPIA DE LA POLIZA

- 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

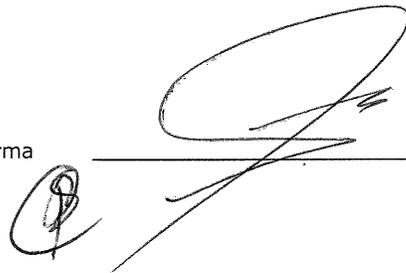
NOTA: Por favor especifique en hoja adicional cualquier respuesta afirmativa avalando con fecha y firma.

- 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: POPAYAN, 7 DE ABRIL DE 2022 Firma 

Cargo: RECTOR

Aclaración: _____

