

INFORMACION RELEVANTE PARA SOLICITUD DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PARA CLINICAS Y HOSPITALES.

1. INFORMACION GENERAL DE LA ENTIDAD:

NOMBRE O RAZON SOCIAL: **UNIDAD DE SALUD DE LA UNIVERSIDAD DEL CAUCA**

NIT: 891.500.319-2

PROPIETARIOS DE LA INSTITUCION: **UNIVERSIDAD DEL CAUCA**

TIPO DE ENTIDAD: Entidad sin ánimo de lucro

AÑO DE ESTABLECIMIENTO O FUNDACION: 21 de mayo de 2001

NUMERO PROMEDIO ANUAL DE PACIENTES:

AMBULATORIOS: En el año 2024 se atendieron 2.272 pacientes

HOSPITALIZADOS: En el año 2024 se Hospitalizaron 297 usuarios de la Unidad de salud de la Universidad del Cauca

2. INFORMACION SOBRE SERVICIOS

SE PRESTAN LOS SERVICIOS MEDICOS INHERENTES A LA ACTIVIDAD DE UNA CLINICA U HOSPITAL?

SI() NO(X)

SE PRESTAN SERVICIOS DE TRATAMIENTO PRE Y POST – HOSPITALARIOS?

SI() NO(X)

ES UN ESTABLECIMIENTO PSIQUIATRICO O DE CLINICA DE REPOSO?

SI() NO(x)

ES UNA CLINICA GERIATRICA?

SI() NO(x)

QUE SERVICIOS PRESTA:

3. INFORMACION SOBRE PERSONAL Y EQUIPO DE TRABAJO

NUMERO DE MEDICOS VINCULADOS DE PLANTA Y DE MEDICOS CONTRATADOS SEGÚN ESPECIALIZACION DE ACUERDO CON EL SIGUIENTE ESQUEMA

RELACION FUNCIONARIOS POR ESPECIALIDAD

ESPECIALIDAD	NÚMERO DE CARGOS
ANESTESIA	0
CIRUGIA GENERAL	0
ENDOCRINOLOGIA	0
EPIDEMIOLOGIA - ENFERM. DEL TRÓPICO	0

GERENCIA SER. DE SALUD	1
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	0
MEDICINA ALTERNATIVA - ACUPUNTURA	0
MEDICINA GENERAL	2
MEDICINA INTERNA	0
NEONATOLOGIA	0
ODONTOLOGIA	0
OFTALMOLOGIA	0
ONCOLOGIA	0
ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA	0
PEDIATRIA	0
PSIQUIATRIA	0
SALUD OCUPACIONAL	0
URGENCIOLOGIA	0
UROLOGIA	0
TOTAL	3

DISCIPLINA	CONTRATO U OPS
ANESTESIOLOGOS	0
GINECOOBSTETRAS	1
CIRUJANOS GENERALES	0
ORTOPEDISTAS	0
NEONATOLOGOS	0
PEDIATRAS	1
ONCOLOGOS	0
UROLOGOS	0
OFTALMOLOGOS	0
MEDICOS GENERALES	3
DEMÁS MEDICOS	0
ODONTOLOGOS	2
ORTODONCISTAS	0

NUMERO DE CAMAS PACIENTE DISPONIBLES:

EXISTE UNO O VARIOS DE LOS SIGUIENTES EQUIPOS MEDICOS Y DE TRANSPORTE ESPECIAL PARA PACIENTES:

RADIOLOGIA PARA DIAGNOSTICOS	SI	NO
RAYOS X PARA TERAPEUTICA		x
TOMOGRAFIA POR COMPUTADOR Y ESCANER		X
DE RAYOS LASER		X
DE MEDICINA NUCLEAR		X

AMBULANCIA MEDICALIZADA		X
VEHICULOS PARA EMERGENCIAS BASICAS		x

4. INFORMACION SOBRE OTROS RIESGOS

CUENTA CON BANCO DE SANGRE

SI() NO(X)

SE SUMINISTRA CONSERVAS DE SANGRE A OTRAS INSTITUCIONES?

SI() NO(X)

EN CASO AFIRMATIVO EN QUE NUMERO: _____

EXISTE FARMACIA PROPIA?

SI(X) NO()

CON CUANTOS QUIMICOS FARMACEUTICOS TITULADOS CUENTA LA INSTITUCION:
La unidad de salud no cuenta con quimico farmacéutico en planta de personal

Planta: 0

Contrato: 0

EXISTE UN LABORATORIO PROPIO DE ANALISIS CLINICOS?

SI() NO(X)

CON CUANTOS PROFESIONALES BACTERIOLOGOS CUENTA:

Planta: 0

Contrato: 0

EXISTE UN SERVICIO DE URGENCIAS CON AMBULACIAS PROPIAS

SI() NO(X)

EN CASO AFIRMATIVO, CUANTAS AMBULANCIAS:

5. INFORMACION RESPECTO AL ASEGURAMIENTO:

HA TENIDO ALGUNA RECLAMACION DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DURANTE LOS ULTIMOS 2 AÑOS

SI() NO(X)

(Ver cuadro de siniestralidad).

TIENE CONOCIMIENTO DE ALGUNA(S) CIRCUNSTANCIAS QUE PUDIESEN COMPROMETER SU RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

SI() NO(X)

EN CASO AFIRMATIVO DESCRIBIR

HA TENIDO ALGUNA RECLAMACION DE RESPONSABILIDAD CIVIL DURANTE LOS ULTIMOS 2 AÑOS:

(Ver cuadro de siniestralidad).

SE CONOCIMIENTO DE ALGUNA CIRCUNSTANCIA QUE PUDIESE COMPROMETER LA RESPONSABILIDAD CIVIL EN GENERAL DE LA INSTITUCION?

SI() NO(X)

EN CASO AFIRMATIVO DETALLAR:

HA TENIDO CONTRATADO EN LOS ULTIMOS 2 AÑOS UN SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL?

SI() NO(X)

LE HA SIDO REHUSADA O CANCELADA LA POLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR ALGUNA COMPAÑIA DE SEGUROS?

SI() NO(X)

EN CASO AFIRMATIVO MENCIONAR DETALLES:


The stamp contains the following text: "Helen Loren Pedraza V", "C.C. 25 283 874", "DIRECTORA", "UNIDAD DE SALUD", and "Unidad de Salud".

NOMBRE: HELEN LOREN PEDRAZA VELASCO

FECHA: 12-02-2025

CARGO: DIRECTORA UNIDAD DE SALUD