

**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.**

A. INFORMACIÓN ACERCA DE LA INSTITUCIÓN

1. RAZÓN SOCIAL: UNIVERSIDAD DEL ATLANTICO	NIT 890-102257-3
DOMICILIO: Km 7 ANTIGUA VIA ATO COLOMBIA	CIUDAD BARRONQUILLO
DEPARTAMENTO: ATLANTICO	TELÉFONOS 3197010
FAX 3198728-3548521	E-MAIL rectoria@uniatlantico.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:

ANA SOFIA MESA DE CUERVO

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 CUÁNDO ES PROPIETARIO / TITULAR?

4 AÑOS

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

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

NOMBRE	TIPO DE ESTABLECIMIENTO	DOMICILIO Y LOCALIDAD	TELÉFONO
NO	_____	_____	_____
NO	_____	_____	_____

8. CUAL ES SU NIVEL DE ATENCIÓN:

_____ **N/A**

LICENCIA DE FUNCIONAMIENTO No. **N/A**

OTORGADA POR: **N/A** FECHA: **N/A**

FECHA DE EXPEDICIÓN: **N/A** FECHA DE VENCIMIENTO: **N/A**

9. HA CAMBIADO SU NIVEL DE COMPLEJIDAD DE ATENCIÓN EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS, ESPECIFIQUE CUALES Y POR QUÉ:

N/A

10. LE HAN CANCELADO O SUSPENDIDO LA LICENCIA DE FUNCIONAMIENTO, ESPECIFIQUE POR QUÉ:

N/A

R

B. INFORMACIÓN ACERCA DEL DIRECTOR MÉDICO

1. NOMBRE COMPLETO

N/A

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

CARGO DESEMPEÑADO
N/A

TIEMPO
N/A

NOMBRE DE LA ENTIDAD
N/A

CIUDAD
N/A

TELÉFONO
N/A

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

1. NOMBRE COMPLETO

ANA SOTIA MESA DE QUERVO

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

CARGO DESEMPEÑADO
RECTORA

TIEMPO
4 AÑOS

NOMBRE DE LA ENTIDAD
UNIVERSIDAD DEL ATLANTICO

CIUDAD
BARRANQUILLA

TELÉFONO
3197010

D. OTRAS FUNCIONES DE LA INSTITUCIÓN N/A.

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

N/A

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

Mayo 18 /10

VIGENCIA HASTA

Mayo 18 /11

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: PREVISORA S.A.

• LÍMITE(S) ASEGURADO(S):

• VIGENCIA(S):

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: UNIVERSIDAD DEL ATLANTICO

SECCIÓN IV. INSTALACIONES, EQUIPOS DE SEGURIDAD Y PLANTA FUNCIONAL

A. INFORMACIÓN ACERCA DE LA INSTITUCIÓN N/A.

1. AÑO DE CONSTRUCCIÓN

MATERIAL (adobe, bloque, concreto armado, etc)

NÚMERO DE PISOS:

ÁREA TOTAL EN METROS CUADRADOS

2. CONSTRUIDO PARA BRINDAR SERVICIOS DE SALUD SEGUN LAS NORMAS

REMODELADO: AÑO DE ÚLTIMA REMODELACIÓN

3. AÑO DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN DEL SISTEMA ELÉCTRICO:

Handwritten signature and initials.

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: _____ M² 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? _____
5. ¿CUAL ES LA DISTANCIA APROXIMADA AL DEPARTAMENTO DE BOMBEROS MÁS CERCANO? _____
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 *N/A*

	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):	
NÚMERO TOTAL DE PACIENTES	

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 **N/A**

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 **N/A**

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):
- | | |
|----------------------------|--|
| _____ MÉDICOS EMPLEADOS | _____ OTROS PROFESIONALES EMPLEADOS |
| _____ MÉDICOS NO EMPLEADOS | _____ OTROS PROFESIONALES NO EMPLEADOS |

SECCIÓN VII HISTORIA DE RECLAMOS **N/A**

1. ¿TIENE CONOCIMIENTO ALGUNO DE RECLAMOS PASADOS Y/O PENDIENTES O DE CIRCUNSTANCIA ALGUNA QUE PUDIESE DAR SURTIIMIENTO A UN RECLAMO O DEMANDA EN EL FUTURO?
 SI NO
- EN CASO AFIRMATIVO ADJUNTE UN LISTADO O DILIGENCIA 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 concluye 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 **Barranquilla, Mayo 24/10**

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL **[Firma]**
 NOMBRE **ANDRÉS SOTIL MESA DE GUERVO / Freddy Da Mendoza.**
 CARGO **Rectora / Rector (E).**

ACLARACIÓN **LA PÓLIZA SOLICITADA CORRESPONDE A PROFESORES Y ESTUDIANTES DEL PROGRAMA DE FARMACIA DE LA UDELA QUE REALIZAN PRÁCTICAS HOSPITALARIAS EN CLINICAS Y HOSPITALES DE LA CIUDAD DE BARRANQUILLA.**