

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 Hospital Universitario del Valle	NIT 890303461-2
DOMICILIO calle 5 # 36-08	CIUDAD Santiago de Cali
DEPARTAMENTO Valle del Cauca	TELÉFONOS 6206000
FAX	E-MAIL direcciongeneral@huv.gov.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

Irma Torres Castro

4. INDIQUE LA CATEGORÍA DE TIPO DE INSTITUCIÓN (POR FAVOR MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDAN)

<input checked="" type="checkbox"/> ENTIDAD DE GOBIERNO	<input type="checkbox"/> SOCIEDAD ANÓNIMA	<input type="checkbox"/> SOCIEDAD PROFESIONAL	<input type="checkbox"/> ENTIDAD CON FINES DE LUCRO
<input type="checkbox"/> ENTIDAD SIN FINES DE LUCRO	<input type="checkbox"/> ENTIDAD RELIGIOSA	<input type="checkbox"/> INDIVIDUAL	<input type="checkbox"/> OTRA: _____

5. ¿DESDE CUANDO ES PROPIETARIO / TITULAR?

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

8. CUAL ES SU NIVEL DE ATENCIÓN:

III, IV

LICENCIA DE FUNCIONAMIENTO No.

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 O SUSPENDIDO LA LICENCIA DE FUNCIONAMIENTO, ESPECIFIQUE POR QUÉ:

NO

B. INFORMACIÓN ACERCA DEL DIRECTOR MÉDICO

1. NOMBRE COMPLETO

Marysai Badiel Ocampo

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

CARGO DESEMPEÑADO	TIEMPO	NOMBRE DE LA ENTIDAD	CIUDAD	TELÉFONO
Subg. Serv. Salud	2 años	H. U. V.	Calif	6206000
Doc. Facultad Salud	3 años	Univ. Libre	Calif	524007
Clín. Rafael Uribe	2 años	Subg. -Derechos-Ins	Calif	
Fund. Valle del Sur	18 años	Director. Centro. Inv	Calif	3319090

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

1. NOMBRE COMPLETO

Lina Torres Castro

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

CARGO DESEMPEÑADO	TIEMPO	NOMBRE DE LA ENTIDAD	CIUDAD	TELÉFONO
Gerente General	6 años	Hospital Mario Guro	Calif	3180020

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

Marzo 06

VIGENCIA HASTA

Diciembre 31

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: _____
- 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: _____

SECCIÓN IV. INSTALACIONES, EQUIPOS DE SEGURIDAD Y PLANTA FUNCIONAL

A. INFORMACIÓN ACERCA DE LA INSTITUCIÓN

1. AÑO DE CONSTRUCCIÓN

1958

MATERIAL (adobe, bloque, concreto armado, etc)

Bloque

NÚMERO DE PISOS

7

ÁREA TOTAL EN METROS CUADRADOS

2. CONSTRUIDO PARA BRINDAR SERVICIOS DE SALUD SEGÚN LAS NORMAS

REMODELADO: AÑO DE ÚLTIMA REMODELACIÓN 2013

3. AÑO DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN DEL SISTEMA ELÉCTRICO:

2015

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? 2 veces al año5. ¿CUAL ES LA DISTANCIA APROXIMADA AL DEPARTAMENTO DE BOMBEROS MÁS CERCANO? 3 km6. ¿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**

	NÚMERO DE CAMAS HABILITADAS	PROMEDIO ANUAL DE OCUPACIÓN (*)
1. Cuidado intensivo para adultos	82	78%
2. Cuidado intensivo para infantes / bebés	44	84%
3. Cunas para recién nacidos	0	0
4. Rehabilitación / terapia	0	0
5. Abuso de drogas / alcohol	0	0
6. Psiquiatría	22	66%
7. Pacientes terminales (cuidado paliativo)	0	0
8. Cuidados geriátricos	0	0
9. Otras: (especifique)	526	70%

(*) 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

	NÚMERO DE PACIENTES
Sala de emergencia	14292
Cirugía con internación	14983
Cirugía sin internación (ambulatoria)	
Sala de partos	5396
Rehabilitación / terapia	21356
Abuso de drogas / alcohol	0
Psiquiatría	580
Radiología (imágenes, ecografía, rayos-x)	30184
Terapia radiante	
Laboratorio (patología)	37975
Cardiología	426
Otras (especifique):	54379
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.

