

CUESTIONARIO RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL
PARA CLINICAS Y HOSPITALES



INFORMACIÓN GENERAL

Tipo de Identificación <input checked="" type="checkbox"/> NIT	Identificación 890.700.640-7	Nombre o razón social de la institución UNIVERSIDAD DEL TOLIMA	Domicilio Barrio Santa Helena parte alta
---	---------------------------------	---	---

Quiénes son los propietarios de la institución

Instituto de Seguros Sociales Accionistas particulares Departamento Municipio Otros

Número de registro de la secretaria de salud 730010166801	Año de establecimiento o fundación 14 Marzo de 1995	Número promedio anual de pacientes En tratamiento ambulatorio 12.000	Hospitalizados --
--	--	---	-------------------

INFORMACIÓN SOBRE SERVICIOS

Se prestan los servicios médicos inherentes a la actividad de una clínica u hospital <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	Se prestan exclusivamente servicios de tratamiento pre-posthospitalario <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO
Se trata de un establecimiento psiquiátrico o de una clínica de reposo <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	Se trata de una clínica Geriátrica <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO

Otros servicios prestados

Consulta Externa de Medicina, Odontología, Psicología y Primeros Auxilios, y Brigadas de Salud extramurales

INFORMACIÓN SOBRE PERSONAL Y EQUIPO

Número de médicos bajo relación laboral (Grupo A) y de médicos con autorización para ejercer su profesión en los predios de la institución (Grupo B) y según su especialización de acuerdo con el siguiente esquema.

	GRUPO A	GRUPO B
Anestesiólogos, Ginecólogos, Ginecosbtetas		
Cirujanos generales, Plásticos, Cardiovasculares, de Tórax, Neurocirujanos, Cardiólogos, Radioterapeutas, Ortopedistas, Médicos nucleares Oftalmólogos, Radiólogos, Oncólogos, Neurólogos y Urólogos.		
Médicos generales, Patólogos, Bioenergéticos, Endocrinólogos, Gastroenterólogos, Internistas Dermatólogos, Endoscopistas, Otorrinolaringólogo, Peditras, Medicina física y rehabilitación, Traumatólogos, Ecografistas, Reumatólogos, Inmunólogos, Neumólogos, Nefrólogos, Vascular y Periféricos.	2	
Otras Especialidades		

Número de personal de planta (sin los médicos mencionados en el numeral anterior) incluyendo personal paramédico, administrativo etc. 11

Número de camas disponibles para pacientes ---

Existen los siguientes equipos

O - Equipos de radiografía con fines de diagnóstico O - Equipos de radiación por isótopos
 O - Equipos de rayos X para terapéutica O - Equipos de generación de rayos láser
 O - Equipos de tomografías por ordenador (Scanner) O - Equipos de medicina nuclear, incluyendo los materiales radioactivos necesarios

INFORMACIÓN SOBRE OTROS RIESGOS

Existe un banco de sangre SI NO Se suministra conservas de sangre a otras instituciones
 SI NO En caso afirmativo indique en qué porcentaje _____ %

Existe farmacia propia

SI NO En caso afirmativo, cuántos farmacéuticos titulados hay _____

Existe un propio laboratorio de análisis clínicos

SI NO En caso afirmativo, cuántos químicos /laboratoristas hay _____

Existe un servicio de urgencias con ambulancias propias

SI NO En caso afirmativo indique número de ambulancias _____

Sugerencia (S): "Si es necesario, describa los reclamos/circunstancias en hoja aparte indicando, fecha de ocurrencia del evento, causa del reclamo/circunstancia, estado actual del reclamo/circunstancia".

INFORMACIÓN RESPECTO AL SEGURO

Ha tenido alguna reclamación de responsabilidad civil profesional durante los últimos 5 años

SI NO En caso afirmativo describirla(s) _____

Tiene conocimientos de alguna (s) circunstancia (s) que pudiese (n) comprometer su responsabilidad civil profesional

SI NO En caso afirmativo describirla(s) Quejas de los usuarios por inconformidad en el tratamiento brindado

Ha tenido contratado en los últimos 5 años un seguro de responsabilidad civil profesional

SI NO En caso afirmativo describirla(s) _____

Compañía (s) de Seguro	Vigencia(s)	Límite (s) asegurados
------------------------	-------------	-----------------------

Le ha sido rehusada o cancelada la póliza de responsabilidad civil profesional por alguna Compañía de Seguros

SI NO En caso afirmativo indicar circunstancias) _____

Límite (s) solicitado (s):

OPCIÓN 1 _____ OPCIÓN 2 _____ OPCIÓN 3 _____

NOTA: al momento de suscribirse la póliza, el presente formulario debe hacer parte integrante de ésta.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA


FDR1-2021-892

Lugar y Fecha

Firma Autorizada y Sello

NIT: Número de Identidad Tributario



ÁVARO C. FLÓREZ GARRERO
Profesional Grado 15
Sección Asistencial
Nota: Para su validez debe
ser expedida en el día 14.





FAJ/783

www.sura.com