

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 FEDERICO LLEAS ACOSTA ESE	NIT 890.706.833-9
DOMICILIO CALLE 33 No.4ª-50 BARRIO LA FRANCIA	CIUDAD IBAGUE
DEPARTAMENTO TOLIMA	TELÉFONOS 2739805
FAX	E-MAIL atencionusuarios@hfleras.gov.co

2. SI LA INSTITUCIÓN HA TENIDO OTROS NOMBRES EN EL PASADO, MENCIÓNELOS A CONTINUACIÓN:
NO

3. NOMBRE COMPLETO DEL PROPIETARIO / TITULAR DE LA INSTITUCIÓN
HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACSOTA ESE

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

☒ X ENTIDAD DE GOBIERNO	☐ SOCIEDAD ANÓNIMA	☐ SOCIEDAD PROFESIONAL	☐ ENTIDAD CON FINES DE LUCRO
☐ ENTIDAD SIN FINES DE LUCRO	☐ ENTIDAD RELIGIOSA	☐ INDIVIDUAL	☐ OTRA:

5. ¿DESDE CUANDO ES PROPIETARIO / TITULAR?

13 DE NOVIEMBRE DE 1973

6. SI FUE PROPIETARIO / TITULAR DE OTRAS INSTITUCIONES MÉDICAS ANTERIORMENTE, A CONTINUACIÓN INDIQUE DE CUALES:
NO

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

NOMBRE	TIPO DE ESTABLECIMIENTO	DOMICILIO Y LOCALIDAD	TELÉFONO
SEDE LIMONAR	ESE	CALLE 58 No.5-25 Ibagué	2739805

8. CUAL ES SU NIVEL DE ATENCIÓN: **3**

LICENCIA DE FUNCIONAMIENTO No.
7300101047

OTORGADA POR: **SECRETARIA DE SALUD DEL TOLIMA**

FECHA: **16/04/2003**

FECHA DE EXPEDICIÓN **16 DE ABRIL DEL 2003**

FECHA DE VENCIMIENTO **31/08/2022**

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

Hernan moreno Herran

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

CARGO DESEMPEÑADO
Subgerente Científico

TIEMPO

NOMBRE DE LA ENTIDAD
Hospital federico LlerasCIUDAD
IbagueTELÉFONO
2739805**C. INFORMACIÓN ACERCA DEL ADMINISTRADOR Y/O RESPONSABLE DE LA INSTITUCIÓN**

1. NOMBRE COMPLETO

Luis Eduardo Gonzalez

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

CARGO DESEMPEÑADO
GerenteTIEMPO
30/4/2020NOMBRE DE LA ENTIDAD
Hospital Federico LlerasCIUDAD
IbagueTELÉFONO
2739805**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 **30/04/2023**

VIGENCIA HASTA

30/04/20242. SUMA ASEGURADA
\$2.000.000.000

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: **LA PREVISORA DE SEGUROS S.A.**• LÍMITE(S) ASEGURADO(S): **\$2.000.000.000**• VIGENCIA(S): **30 DE ABRIL DEL 2022 AL 30 DE ABRIL DEL 2023****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 **Febrero de 1973**

MATERIAL (adobe, bloque, concreto armado, etc)

NÚMERO DE PISOS

ÁREA TOTAL EN METROS CUADRADOS
Bloque, Concreto2. ☒ CONSTRUIDO PARA BRINDAR SERVICIOS DE SALUD SEGÚN LAS NORMAS☐ REMODELADO: AÑO DE ÚLTIMA REMODELACIÓN3. AÑO DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN DEL SISTEMA ELÉCTRICO: **MANTENIMIENTO DE ACUERDO CON EL PROGRAMA**

B. EQUIPOS DE SEGURIDAD

1. INDIQUE CON CUALES DE LOS SIGUIENTES EQUIPOS CUENTA EL EDIFICIO

- ☐ X ROCIADORES AUTOMÁTICOS
☐ ÁREA TOTAL DE PROTECCIÓN APROX: _____ M² ☐ X RESERVA AGUA P/INCENDIO 839.600 _____ Lts
☐ X ALARMAS AUTOMÁTICAS PARA INCENDIO CONECTADAS: ☐ ROCIADORES AUTOMÁTICOS EN HABITACIONES DE INTERNACIÓN
☐ LOCALMENTE ☐ AL CUERPO DE BOMBEROS ☒ X 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 ☒ X 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? Una Vez al año

5. ¿CUAL ES LA DISTANCIA APROXIMADA AL DEPARTAMENTO DE BOMBEROS MÁS CERCANO? 1,5 km

6. ¿CUENTA LA INSTITUCIÓN CON VIGILANCIA DE LOS PREDIOS? SI ☒ NO ☐

A. EN CASO AFIRMATIVO, POR FAVOR INDIQUE EL TIPO

- ☐ DIURNA ☐ NOCTURNA ☐ X 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	43	90%
2. Cuidado intensivo para infantes / bebés	28	74%
3. Cunas para recién nacidos	13	76%
4. Rehabilitación / terapia	0	0%
5. Abuso de drogas / alcohol	0	0%
6. Psiquiatría	17	68%
7. Pacientes terminales (cuidado paliativo)	0	0%
8. Cuidados geriátricos	0	0%
9. Otras: (especifique)	203	81%

(*) 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	12 745
Cirugía con internación	5 701
Cirugía sin internación (ambulatoria)	6 967
Sala de partos	1 297
Rehabilitación / terapia	88 577
Abuso de drogas / alcohol	-0-00
Psiquiatría	-0-
Radiología (imágenes, ecografía, rayos-x)	34 988
Terapia radiante	-0-
Laboratorio (patología)	3 388
Cardiología	-0-
Otras (especifique):	0-0-
NÚMERO TOTAL DE PACIENTES	153 663

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

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?

PRUBAS VIH, SIFILIS, HEPATITIS, BYC, CHAGAS Y CORE

3. ¿TIENE LA INSTITUCIÓN SALA DE GUARDA / EMERGENCIA? SI ☒ NO ☐

SECCIÓN VI. CUERPO MÉDICO

1. ¿SE VERIFICA Y COMPROBABA 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

Ver Anexo complementario

SECCIÓN VII. HISTORIAL DE RECLAMOS

1. ¿TIENE CONOCIMIENTO ALGUNO DE RECLAMOS PASADOS Y/O PENDIENTES O DE CIRCUNSTANCIA ALGUNA QUE PUDIESE DAR SURGIMIENTO A UN RECLAMO O DEMANDA EN EL FUTURO?

SI ☐ NO ☐

EN CASO AFIRMATIVO ADJUNTE UN LISTADO O DILIGENCIE 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
Ver anexo publicado						

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 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 Ibagué, 12 de abril del 2023



FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

NOMBRE LUIS EDUARDO GONZALEZ

CARGO GERENTE