

**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 LLERAS 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, MENCIÓNÉLOS A CONTINUACIÓN:

NO

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

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?

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
DE LIMONAR	ESE	CALLE 58 No.5-25 Ibague	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

DIEGO FERNANDO PADILLA MENDIETA

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

CARGO DESEMPEÑADO	TIEMPO	NOMBRE DE LA ENTIDAD	CIUDAD	TELÉFONO
Subgerente Científico		Hospital federico Lleras	Ibagué	2739805

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

1. NOMBRE COMPLETO

MARTHA JOHANNA PALACIOS URIBE

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

CARGO DESEMPEÑADO	TIEMPO	NOMBRE DE LA ENTIDAD	CIUDAD	TELÉFONO
Gerente	01/4/2024	Hospital Federico Lleras	Ibagué	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 26/01/2025 VIGENCIA HASTA 26/01/2026

2. 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): 26 DE ENERO DEL 2024 AL 26 DE ENERO DE 2025

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, Concreto**2. CONSTRUIDO PARA BRINDAR SERVICIOS DE SALUD SEGÚN LAS NORMAS REMODELADO: AÑO DE ÚLTIMA REMODELACIÓN _____3. AÑO DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN DEL SISTEMA ELÉCTRICO: **MANTENIMIENTO DE ACUERDO CON EL PROGRAMA**

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?

PRUEBAS 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 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

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

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, 10 de diciembre del 2024

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

NOMBRE: MARTHA JOHANNA PALACIOS URIBE

CARGO: GERENTE

B. EQUIPOS DE SEGURIDAD

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

- X ROCIADORES AUTOMÁTICOS X RESERVA AGUA P/INCENDIO 839.600 _____ Lts
 ÁREA TOTAL DE PROTECCIÓN APROX: _____ M² ROCIADORES AUTOMÁTICOS EN HABITACIONES DE INTERNACIÓN
 X ALARMAS AUTOMÁTICAS PARA INCENDIO CONECTADAS:
 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.