

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

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: <b>SECRETARIA DE SALUD DEL TOLIMA</b>	FECHA: <b>16/04/2003</b>
FECHA DE EXPEDICIÓN <b>16 DE ABRIL DEL 2003</b>	FECHA DE VENCIMIENTO <b>31/08/2022</b>

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
<b>Subgerente Científico</b>		<b>Hospital federico Lleras</b>	<b>Ibagué</b>	<b>2739805</b>

**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
<b>Gerente</b>	<b>01/4/2024</b>	<b>Hospital Federico Lleras</b>	<b>Ibagué</b>	<b>2739805</b>

**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**



## 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: \_\_\_\_\_ M<sup>2</sup>       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-
<b>NÚMERO TOTAL DE PACIENTES</b>	<b>153.663</b>

#### 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.