

## SECCIONES I AL IX A SER DILIGENCIADAS POR TODOS LOS SOLICITANTES

### SECCION I – SOLICITANTE

A. Información acerca de la institución (Una de las Instituciones donde realizan practicas los estudiantes de la UPTC)

Razon Social EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA

Nit 891800231

Dirección CRA11 N°27-27

Ciudad TUNJA

Departamento Boyacá

E-mail

Teléfonos 098 7405030 EXT 2314

Fax 098 7425032

cedmedica@hospitalsanrafafeltunja.gov.co

2. Si la institución ha tenido otros nombres en el pasado, méncionelos a continuación:

NO APLICA

3. Nombre completo de (los) propietario(s) de la institución: NO APLICA

4. ¿Desde cuándo es propietario/titular? NO APLICA

5. Si fué propietario/titular de otras instituciones médicas anteriormente, a continuación indique de cuáles:

NO APLICA

6. Indique la categoría de tipo de institución (por favor marque todas las que correspondan):

Sociedad anónima     Entidad de gobierno     Entidad con fines de lucro     Individual

Sociedad profesional     Entidad religiosa     Entidad sin fines de lucro     Otro: \_\_\_\_\_

7. Si existen otros establecimientos, operaciones subsidiarias o ubicaciones distintas a la principal, complete lo siguiente:

Nombre	Tipo de Establecimiento	Dirección	Teléfono
NO APLICA			
NO APLICACION			

8. Habilitación de la institución: Registro N° 1500100387 Otorgada por SECRETARIA DE SALUD DE BOYACÁ Fecha: 16/ 11/ 2006

9. Ha cambiado su nivel de exposición en los últimos 5 años?, especifique: NO

B. ¿Emplea/contrata un Director Médico?  Tiempo completo     Tiempo parcial

C. Nombre del administrador y/o responsable de la institución: YAMIT NOE HURTADO NEIRA Cargo desempeñado GERENTE

D. Otras funciones de la institución: NO APLICA

1. ¿Cuenta la entidad con personas y/o comités encargados de realizar las siguientes funciones y/o programas?

a. Administración / Prevención de riesgos     Sí     No

b. Evaluación de calidad de servicios a los pacientes     Sí     No

c. Evaluación del trabajo realizado por los miembros del cuerpo médico     Sí     No

2. ¿Cuenta la entidad con asesoramiento especializado en la defensa de Responsabilidad Civil Médica?     Sí     No

E. **Exposición Básica**

**Procedimientos**

1.	Nivel I	Si	<input checked="" type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Cirugía	Si	<input checked="" type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
2.	Nivel II	Si	<input checked="" type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Cuidados Intensivos	Si	<input checked="" type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
3.	Nivel III	Si	<input checked="" type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Tratamientos Psiquiatricos	Si	<input checked="" type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
4.	Nivel IV	Si	<input checked="" type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Obstetricia	Si	<input checked="" type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>

### SECCION II – COBERTURAS

1. COBERTURA SOLICITADA: Suma asegurada: NO APLICA

2. COBERTURA ACTUAL: Ha tenido en los últimos cinco (5) años un seguro de Resp. Civil Profesional Clínicas? Si  No

En caso afirmativo conteste, con qué compañía de seguros?, qué límite asegurado? Y que vigencia? La UPTC tiene actualmente el seguro de Responsabilidad Civil Profesional para las practicas que realizan sus estudiantes de las Diferentes Escuelas, posgrados y especialización de la Facultad Ciencias de la Salud de conformidad con lo exigido en la normatividad, actualmente UT-MAPFRE-LIBERTY- AXA COLPATRIA., Los Valores Asegurados, Limite, Condiciones y Vigencia pueden consultar el Ramo en los pliegos de condición.

**SECCION III - SERVICIOS PRESTADOS**

A. Indique todos los servicios prestados que apliquen:

<input type="checkbox"/> Rehabilitación física y ocupacional	<b>No. Pacientes</b>	<input type="checkbox"/> Laboratorios clínicos	<b>No. Pacientes</b>
<input type="checkbox"/> Urgencias médicas		<input type="checkbox"/> Radiología (imágenes, ecografía, rayos X)	
<input type="checkbox"/> Cuidados paliativos (hospicios)		<input type="checkbox"/> Otros	
		Promedio de pacientes atendidos anualmente	
<input type="checkbox"/> Transporte para emergencias médicas		No. Vehículos para Emergencias	

B. Si provee servicios de hospitalización, describa la naturaleza del servicio prestado e indique el número de camas disponibles:

Tipó de Servicio	Numero de camas
Neonatos	
Cuidados Intensivos	
Ambulatorios	

**SECCION IV – PERSONAL MEDICO PROFESIONAL (EMPLEADO / CONTRATADO)**

A. Adjunte relación del personal médico profesional indicando los siguientes datos:

Nombre	Documento de identidad	Especialidad	No. de póliza / Asegurador	Marque la que aplique
				<input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Contratado
				<input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Contratado
				<input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Contratado

B. Demás personal medico – Indique el número de personas en cada categoría.

Categoría	Empleados		Contratados	
	Tiempo Completo	Tiempo Parcial	Tiempo Completo	Tiempo Parcial
Auxiliares: (Laboratorios, Radiología, Odontología, enfermería, etc)				
Enfermeras Profesionales				
Farmacéuticos				
Instrumentador Quirúrgico				
Optometras				
Paramedicos - Camilleros				
Técnicos en Ortesis y Prótesis				
Terapistas Ocupacionales				
Otros – Describa:				

C. Procedimientos para la Selección y Empleo – Por favor indique los procedimientos empleados por Usted

- Verifica las credenciales, por ejemplo diplomas, matrículas, licencias, etc.
- Contacta a los empleadores anteriores
- Verifica las referencias
- Verifica con hospitales / sanatorios / clínicas / colegios médicos
- Verifica con las autoridades respectivas acerca de suspensiones, revocaciones, o toma de medidas disciplinarias
- Verifica si existe pasado judicial
- Solicita información sobre reclamos de mala praxis hechos contra el profesional
- Documenta por escrito todas las verificaciones realizadas

**SECCION V – ARREGLOS CONTRACTUALES**

- A. 1. ¿Requiere Usted prueba de seguro de Responsabilidad Civil Profesional Médica de los profesionales contratados? Si  No
2. ¿Están estos requisitos consignados en:  Los Estatutos de la entidad  Los Contratos con los profesionales  Otro: \_\_\_\_\_
- B. ¿Libera Usted de perjuicios a su proveedor de servicios mediante contrato? Si  No
- C. ¿Arrienda Usted o hace un 'leasing' de equipos de propiedad de otros? Si  No
- D. ¿Libera Usted de perjuicios al dueño del equipo mediante el contrato? Si  No

**SECCION VI – REGLAS Y PROCEDIMIENTOS**

- A. ¿Se obtiene el consentimiento informado por escrito del paciente o su representante previo a la prestación del servicio médico?  
Si  No
- B. ¿Se requieren órdenes escritas del médico del paciente/residente para:
- El suministro de medicamentos Si  No
- El suministro de dietas y alimentos especiales Si  No
- El suministro de cualquier otro tratamiento y/o terapia Si  No
- C. ¿Quién determina si el paciente tiene que ser trasladado a otra institución para tratamientos o diagnósticos adicionales?  
\_\_\_\_\_ NO APLICA \_\_\_\_\_
- D. ¿Por cuánto tiempo se archivan las órdenes de los médicos, los consentimientos informados de los pacientes, los registros de las enfermeras y los demás registros médicos? \_\_\_\_\_ NO APLICA \_\_\_\_\_

**SECCION VII – GENERAL**

NOTA: Por favor especifique en hoja adicional cualquier respuesta afirmativa avalando con fecha y firma.

- A. ¿Alguna vez le han cancelado, no renovado, modificado o sobretasado su seguro de R.C. Institucional? Si  No
- B. ¿Alguna agencia del gobierno ha investigado, suspendido, revocado o limitado su habilitación? Si  No
- C. ¿Tiene conocimiento alguno de reclamos pendientes o de circunstancia alguna (incluyendo petición de historias clínicas) que pudiese dar surgimiento a un reclamo o demanda en el futuro? Si  No

**SECCION VIII - HISTORIAL DE RECLAMOS**

- A. Si la institución puede conseguir un listado de reclamos de su(s) asegurador(es) actual(es) o anterior(es), por favor adjunte copia.
- B. Si no es posible obtener dicho listado, por favor complete en su totalidad el cuadro de información de reclamos que sigue a continuación:

**NOTA:** La información sobre reclamos debe ser provista con respecto a responsabilidad civil profesional, responsabilidad civil general y cualquier otra reclamación de responsabilidad civil efectuada en su contra o en la de su corporación. Por favor provea su historial completo de reclamaciones incluyendo los últimos 5 años, en una relación adjunta con los siguientes datos.

Apellido y nombre del reclamante	Fecha de ocurrencia	Estado A - Abierto T - Terminado	Demanda legal S - Si N - No	Fecha terminado	Monto de la pretensión / monto pagado	Descripción breve de la reclamación

**COMPLETE SOLAMENTE LA SECCION PERTINENTE A SU OPERACIÓN**

**SECCION IX – Centros para Emergencias / Urgencias Médicas**

- A. Cuenta la institución con una sala de emergencia? Marque según corresponda Si  No

B. Indique si su institución está equipada las 24-horas con los siguientes elementos:

- X Anestésicos
- X Oxígeno
- X Sangre (al menos "0" negativa)
- X Equipo de resucitación cardio-pulmonar (C.P.R.)
- X Electrocardiógrafo
- X Máquina de Rayos-X donde se pueda acomodar un paciente

C. ¿Son los pacientes debidamente revisados con el fin de determinar si son de bajo riesgo y capaces de resistir procedimientos quirúrgicos en un centro para pacientes ambulatorios? Si  No

D. ¿Tiene su centro un acuerdo expreso y por escrito con un servicio de transporte para casos de emergencia? Si  No

E. ¿Si un paciente crítico debe ser trasladado al hospital, quién lo acompaña? NO APLICA

**SECCION XI – Farmacias**

Cuenta la institución con una farmacia propia? Marque X según corresponda. Si  X No . En caso afirmativo responda:

A. ¿Son todos los medicamentos suministrados o expendidos bajo la dirección y supervisión del farmacéutico? Si  X No

B. ¿Se presenta un programa comprensivo de entrenamiento para todo el personal que presta servicios en la farmacia? Si  X No

C. ¿Tiene Usted normas y procedimientos - por escrito – concernientes a la seguridad, almacenamiento, distribución, uso y deshecho de drogas / medicamentos y en conformidad con las normas y regulaciones que atañen? Si  X No

D. ¿Tiene Usted (por escrito) procedimientos para la identificación y el deshecho de drogas / medicamentos vencidos? Si  X No

**SECCION XII – Laboratorios**

Cuenta la institución con un laboratorio propio? Marque X según corresponda. Si  X No . En caso afirmativo responda:

A. ¿Tiene el laboratorio un programa (escrito) para el Control de Calidad de sus resultados conocido por todo el personal? Si  X No

Explicar en caso de respuesta negativa: \_\_\_\_\_

B. ¿Cuales son las reglas del laboratorio para aceptar/rechazar muestras consideradas no adecuadas para un análisis prolijo? Explicar en hoja anexa avalando con fecha y firma.

C. ¿Cual es el proceso de re-verificación que el laboratorio usa para asegurarse de la calidad del resultado de sus analices: \_\_\_\_\_

D. ¿Cual es el porcentaje anual de exámenes de mamografía en relación con los demás exámenes? \_\_\_\_\_% Mam. \_\_\_\_\_% Demás

E. ¿Tiene un número máximo/mínimo de análices que un técnico puede hacer por día? \_\_\_\_\_ # Máximo \_\_\_\_\_ # Mínimo  No hay límites

F. ¿Se otorga al personal re-entrenamiento concerniente con las siguientes áreas, con que periodicidad?.....

- Equipo de alta tecnología
- Uso adecuado del equipo
- Técnicas para el análisis clínico de diferentes muestras biológicas
- Normas de bio-seguridad y cumplimiento con ellas


G. ¿Tiene Usted normas y procedimientos (por escrito) concernientes a la seguridad, almacenamiento, distribución, uso y deshecho de residuos y muestras biológicas y en conformidad con las normas y regulaciones que atañen? Si  X No

H. ¿Tiene Banco de Sangre? Si  X No

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 se concreta un contrato de seguro, este cuestionario formará parte integrante del mismo. El Asegurado 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 .....

<p><b>Representante Legal</b></p> <div style="text-align: center;">   <hr style="width: 100%;"/> <p><b>Firma</b></p> </div>	<hr style="width: 100%;"/> <p><b>Oscar Hernán Ramírez- Rector</b></p>
--	---