

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

**SECCION I - SOLICITANTE**

**A. Información acerca de la institución**

Convenio docente Asistencial OPTC con  
 Razón Social Empresa social del Estado Hospital Universitario San Rafael NIT 891 800 231  
 Dirección Cra 17 N° 27-27 Ciudad Tunja Departamento Boyacá  
 Teléfonos 3405030 Fax 3425032 E-mail admmedica@hospitalunivsanrafael.unia-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

8. Habilitación de la institución: Registro N° 1500160357 Otorgada por Secretaría 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: Germán Fariñas Pérez 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   | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | Cirugía                    | Sí <input checked="" type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 2. Nivel II  | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | Cuidados Intensivos        | Sí <input checked="" type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 3. Nivel III | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | Tratamientos Psiquiátricos | Sí <input checked="" type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 4. Nivel IV  | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | Obstetricia                | Sí <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 prácticas que realizan sus estudiantes de las diferentes escuelas posgrados, especialización de la Facultad de Ciencias de la Salud y facultad de estudios de distancia

**SECCION III - SERVICIOS PRESTADOS**

A. Indique todos los servicios prestados que apliquen:

<input type="checkbox"/> Rehabilitación física y ocupacional	<table border="1"><tr><th>No. Pacientes</th></tr><tr><td> </td></tr></table>	No. Pacientes		<input type="checkbox"/> Laboratorios clínicos	<table border="1"><tr><th>No. Pacientes</th></tr><tr><td> </td></tr></table>	No. Pacientes	
No. Pacientes							
No. Pacientes							
<input type="checkbox"/> Urgencias médicas.	<table border="1"><tr><th>No. Pacientes</th></tr><tr><td> </td></tr></table>	No. Pacientes		<input type="checkbox"/> Radiología (imágenes, ecografía, rayos X)	<table border="1"><tr><th>No. Pacientes</th></tr><tr><td> </td></tr></table>	No. Pacientes	
No. Pacientes							
No. Pacientes							
<input type="checkbox"/> Cuidados paliativos (hospicios)	<table border="1"><tr><th>No. Pacientes</th></tr><tr><td> </td></tr></table>	No. Pacientes		<input type="checkbox"/> Otros:	<table border="1"><tr><th>No. Pacientes</th></tr><tr><td> </td></tr></table>	No. Pacientes	
No. Pacientes							
No. Pacientes							
		Promedio de pacientes atendidos anualmente	<table border="1"><tr><td> </td></tr></table>				
<input type="checkbox"/> Transporte para emergencias médicas	<table border="1"><tr><td> </td></tr></table>		No. Vehículos para Emergencias	<table border="1"><tr><td> </td></tr></table>			

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

Tipo 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 médico – 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				
Paramédicos - Camilleros				
Técnicos en Ortesis y Prótesis				
Terapeutas 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

**SECCIÓN 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. ¿Amienda 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:

- |  |  |
|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Anestésicos                    | <input checked="" type="checkbox"/> Equipo de resucitación cardio-pulmonar (C.P.R.)        |
| <input checked="" type="checkbox"/> Oxígeno                        | <input checked="" type="checkbox"/> Electrocardiógrafo                                     |
| <input checked="" type="checkbox"/> Sangre (al menos "0" negativa) | <input checked="" type="checkbox"/> 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

### SECCIÓN XI - Farmacias

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

- A. ¿Son todos los medicamentos suministrados o expendidos bajo la dirección y supervisión del farmacéutico? Si  No
- B. ¿Se presenta un programa comprensivo de entrenamiento para todo el personal que presta servicios en la farmacia? Si  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  No
- D. ¿Tiene Usted (por escrito) procedimientos para la identificación y el deshecho de drogas / medicamentos vencidos? Si  No

### SECCIÓN XII - Laboratorios

Cuenta la institución con un laboratorio propio? Marque X según corresponda. Si  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  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. ¿Cuál es el proceso de re-verificación que el laboratorio usa para asegurarse de la calidad del resultado de sus análisis? \_\_\_\_\_
- D. ¿Cuales es el porcentaje anual de exámenes de mamografía en relación con los demás exámenes? \_\_\_\_\_ % Mam. \_\_\_\_\_ % Demás.
- E. ¿Tiene un número máximo/mínimo de análisis 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? \_\_\_\_\_
- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Equipo de alta tecnología | <input type="checkbox"/> Técnicas para el análisis clínico de diferentes muestras biológicas |
| <input type="checkbox"/> Uso adecuado del equipo   | <input type="checkbox"/> 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  No
- H. ¿Tiene Banco de Sangre? Si  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 \_\_\_\_\_

Representante Legal

EU  
Firma

ENRIQUE VERA LÓPEZ - RECTOR UPTC  
Nombre y Cargo