

# 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 <i>Unisalud</i>	NIT <i>899 999 063-3</i>
DOMICILIO <i>Carrera 45 No. 26-85</i>	CIUDAD <i>Bogotá</i>
DEPARTAMENTO <i>Cundinamarca</i>	TELÉFONOS <i>316 5000 extensión 18807</i>
FAX	E-MAIL <i>gerunisalud-nal@unal.edu.co</i>

2. SI LA INSTITUCIÓN HA TENIDO OTROS NOMBRES EN EL PASADO, MENCIONELOS A CONTINUACIÓN:

*No Aplica*

3. NOMBRE COMPLETO DEL PROPIETARIO / TITULAR DE LA INSTITUCIÓN

*Dlga Aurora Murillo Rojas*

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?

*No Aplica.*

6. SI FUE PROPIETARIO / TITULAR DE OTRAS INSTITUCIONES MÉDICAS ANTERIORMENTE, A CONTINUACIÓN INDIQUE DE CUALES:

*No Aplica.*

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

NOMBRE	TIPO DE ESTABLECIMIENTO	DOMICILIO Y LOCALIDAD	TELÉFONO
<i>Unisalud</i>	<i>Público</i>	<i>Medellin</i>	<i>3165000 ext. 18812</i>
<i>Unisalud</i>	<i>Público</i>	<i>Manizales</i>	<i>3165000 ext. 49711</i>

8. CUAL ES SU NIVEL DE ATENCIÓN: *Nivel I y especialidades complementarias de nivel II como psiquiatría, ginecología, especialidades Odontológicas* LICENCIA DE FUNCIONAMIENTO No.

OTORGADA POR: <i>No Aplica</i>	FECHA: <i>No Aplica</i>
FECHA DE EXPEDICIÓN <i>No Aplica</i>	FECHA DE VENCIMIENTO <i>No Aplica.</i>

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

Doris Carolain Martinez Gonzalez

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

CARGO DESEMPEÑADO	TIEMPO	NOMBRE DE LA ENTIDAD	CIUDAD	TELÉFONO
<u>Jefe División Médica</u>	<u>2 meses</u>	<u>Unisalud</u>	<u>Bogotá</u>	<u>3165000 ext. 18854</u>
<u>Representante de Calidad y Poliza de alto costo</u>	<u>3 años y 4 meses</u>	<u>Unisalud</u>	<u>Bogotá</u>	<u>3165000 ext 18823</u> <u>18869</u>

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

1. NOMBRE COMPLETO

Olga Aurora Murillo Rojas

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

CARGO DESEMPEÑADO	TIEMPO	NOMBRE DE LA ENTIDAD	CIUDAD	TELÉFONO
<u>Gerente Nacional</u>	<u>2 años y 3 meses</u>	<u>Unisalud</u>	<u>Bogotá</u>	<u>3165000 ext 18807</u>
<u>Directora de sede</u>	<u>2 años y 6 meses</u>	<u>Unisalud</u>	<u>Bogotá</u>	<u>3165000 ext 18807</u>

**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 <input checked="" type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| B. EVALUACIÓN DE CALIDAD DE SERVICIOS A LOS PACIENTES                  | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| C. EVALUACIÓN DEL TRABAJO REALIZADO POR LOS MIEMBROS DEL CUERPO MÉDICO | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| D. ENCARGADO DEL PROGRAMA DE SEGUROS                                   | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |

2. CUENTA LA ENTIDAD CON ASESORAMIENTO ESPECIALIZADO EN LA DEFENSA DE RESPONSABILIDAD CIVIL MÉDICA?

SI  NO **SECCIÓN II. COBERTURA SOLICITADA**

1. VIGENCIA DESDE

9-05-2022

VIGENCIA HASTA

9-05-2023

2. SUMA ASEGURADA

\$1.000.000.000

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 S.A. compañía de Seguros
- LÍMITE(S) ASEGURADO(S): \$1.000.000.000 evento / vigencia
- VIGENCIA(S): 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022

**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 Prestador con objeto salud diferente**SECCIÓN IV. INSTALACIONES, EQUIPOS DE SEGURIDAD Y PLANTA FUNCIONAL****A. INFORMACIÓN ACERCA DE LA INSTITUCIÓN**

1. AÑO DE CONSTRUCCIÓN

MATERIAL (adobe, bloque, concreto armado, etc)

NÚMERO DE PISOS

Dos (2)

ÁREA TOTAL EN METROS CUADRADOS

2.  CONSTRUIDO PARA BRINDAR SERVICIOS DE SALUD SEGÚN LAS NORMAS REMODELADO: AÑO DE ÚLTIMA REMODELACIÓN \_\_\_\_\_

3. AÑO DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN DEL SISTEMA ELÉCTRICO:

2019



**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?
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):  
35 MÉDICOS EMPLEADOS 14 OTROS PROFESIONALES EMPLEADOS  
93 MÉDICOS NO EMPLEADOS 39 OTROS PROFESIONALES NO EMPLEADOS

**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 Bogotá 19-04-2022

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL [Firma]

NOMBRE Olga Aurora Murrillo Rojas

CARGO Gerente Nacional de Unisalud

ACLARACIÓN Anexo 1



**ANEXO: 1**

**ACLARACIÓN:**

La Unidad de Servicios de Salud UNISALUD de la Universidad Nacional de Colombia hace parte del Sistema especial de seguridad social en salud definido en la Ley 647 de 2001.

Con fundamento en la norma anterior, la Unidad presta directamente en sus cuatro sedes los servicios de consulta prioritaria de medicina general, consulta de medicina general, terapia física, laboratorio clínico y consultas en las especialidades de geriatría, ginecología, psiquiatría, psicología y odontología, todos los servicios de primer nivel, razón por la cual el formulario tiene algunos aspectos la nota de “NO APLICA”.

Así mismo se aclara que UNISALUD como asegurador, contrata servicios de salud de I, II y III nivel de complejidad con prestadores e IPS externas, conforme a la normatividad vigente para tal fin.

Una firma manuscrita en tinta que parece ser 'OAR'.

**OLGA AURORA MURILLO ROJAS**  
GERENTE NACIONAL UNISALUD