

B. EQUIPOS DE SEGURIDAD

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

- ROCIADORES AUTOMÁTICOS
 - RESERVA AGUA P/INCENDIO _____ Lts
 - ÁREA TOTAL DE PROTECCIÓN APROX: _____ M²
 - ROCIADORES AUTOMÁTICOS EN HABITACIONES DE INTERNACIÓN
 - ALARMAS AUTOMÁTICAS PARA INCENDIO CONECTADAS:
 - LOCALMENTE AL CUERPO DE BOMBEROS 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
- 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? *demostración*

5. ¿CUAL ES LA DISTANCIA APROXIMADA AL DEPARTAMENTO DE BOMBEROS MÁS CERCANO?

6. ¿CUENTA LA INSTITUCIÓN CON VIGILANCIA DE LOS PREDIOS? SI NO

A. EN CASO AFIRMATIVO, POR FAVOR INDIQUE EL TIPO

- DIURNA
- NOCTURNA
- 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 IV. 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	X	
2. Cuidado intensivo para infantes / bebés	X	
3. Cunas para recién nacidos		
4. Rehabilitación / terapia	X	
5. Abuso de drogas / alcohol	>	
6. Psiquiatría		
7. Pacientes terminales (cuidado paliativo)	X	
8. Cuidados geriátricos	X	
9. Otras: (especifique) <i>internación Baja Comple</i>	<i>219</i>	<i>13044 → días ocupados</i>

(*) 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	<i>62142</i>
Cirugía con internación	_____
Cirugía sin internación (ambulatoria)	_____
Sala de partos	<i>-797</i>
Rehabilitación / terapia	_____
Abuso de drogas / alcohol	_____
Psiquiatría	_____
Radiología (imágenes, ecografía, rayos-x)	<i>-18471</i>
Terapia radiante	_____
Laboratorio (patología)	<i>202782</i>
Cardiología	_____
Otras (especifique): <i>consulta externa</i>	<i>262869</i>
NÚMERO TOTAL DE PACIENTES	

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.

**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>Empresa social del estado del departamento</i>	NIT <i>822006595</i>
DOMICILIO <i>Calle 37 # 41-80</i>	CIUDAD <i>Villavieja</i>
DEPARTAMENTO <i>Meta.</i>	TELÉFONOS <i>6610200</i>
FAX	E-MAIL <i>becencia@exmeta.gov.co</i>

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

NIA.

3. NOMBRE COMPLETO DEL PROPIETARIO / TITULAR DE LA INSTITUCIÓN

Jorge Hernán Mojica Molindres - Gerente.

4. INDIQUE LA CATEGORÍA DE TIPO DE INSTITUCIÓN (POR FAVOR MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDAN)

ENTIDAD DE GOBIERNO
 SOCIEDAD ANÓNIMA
 SOCIEDAD PROFESIONAL
 ENTIDAD CON FINES DE LUCRO
 ENTIDAD SIN FINES DE LUCRO
 ENTIDAD RELIGIOSA
 INDIVIDUAL
 OTRA: _____

5. ¿DESDE CUANDO ES PROPIETARIO / TITULAR?

Nombrado desde el 08 de marzo del 2022.

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

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

NOMBRE	TIPO DE ESTABLECIMIENTO	DOMICILIO Y LOCALIDAD	TELÉFONO

8. TIPO DE INSTITUCIÓN

PÚBLICA
 PRIVADA
 MIXTO % PRIVADA _____ % PÚBLICA _____

8.1 NIVEL DE ATENCIÓN Y COMPLEJIDAD

NIVEL DE ATENCIÓN

NIVEL 1
 NIVEL 2
 NIVEL 3
 NIVEL 4

NIVEL DE COMPLEJIDAD

ALTA
 MEDIA
 BAJA

LICENCIA DE FUNCIONAMIENTO No.

OTORGADA POR:

FECHA DE EXPEDICIÓN

FECHA DE VENCIMIENTO

9. HA CAMBIADO SU NIVEL DE ATENCIÓN Y COMPLEJIDAD EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS, ESPECIFIQUE CUALES Y POR QUÉ:

N/A

10. LE HAN CANCELADO O SUSPENDIDO LA LICENCIA DE FUNCIONAMIENTO, ESPECIFIQUE POR QUÉ:

NO

B. INFORMACIÓN ACERCA DEL DIRECTOR MÉDICO

1. NOMBRE COMPLETO

Jorge Hernán Mojica Molinares

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

CARGO DESEMPEÑADO	TIEMPO	NOMBRE DE LA ENTIDAD	CIUDAD	TELÉFONO
Gerente	1 año	Empresa Social del Estado	Villavieja	6610200

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

1. NOMBRE COMPLETO

Jorge Hernán Mojica Molinares

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

CARGO DESEMPEÑADO	TIEMPO	NOMBRE DE LA ENTIDAD	CIUDAD	TELÉFONO
Gerente	1 año	Empresa social del estado	Villavieja	6610200

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

10/03/2023

VIGENCIA HASTA

10/03/2024

2. SUMA ASEGURADA

175.117.225.820

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: Aseguradora Solidaria
- LÍMITE(S) ASEGURADO(S):
- VIGENCIA(S): 10/02/2022 a 10/03/2023

SECCIÓN III. 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

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: