**RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA CLINICAS Y HOSPITALES**

CUESTIONARIO

1. **Información General**

Nombre o razón social de la Institución: **UNIVERSIDAD MILITAR NUEVA GRANADA**

* 1. NIT 800.225.340-8
  2. Domicilio : Transv 3 No 49-00 Bogotá
  3. Quienes son los propietarios de la institución? N/A
  4. Número de Registro Sanitario de Salud N/A
  5. Año de establecimiento o fundación 1.982
  6. Número anual de pacientes N/A

1. **Información sobre servicios**
   1. Se prestan los servicios médicos inherentes a la actividad de una clínica/un hospital? N/A
   2. Se prestan exclusivamente servicios de tratamiento pre-/pos hospitalario? N/A
   3. Se trata de un establecimiento psiquiátrico o de una clínica de reposo? N/A
   4. Se trata de una clínica geriátrica? N/A
   5. Otros servicios prestados N/A
2. **Información sobre personal y equipo**

3.1 Número de médicos bajo relación laboral (Grupo A) y de médicos con autorización para ejercer su profesión en los predios de la institución, (Grupo B) según sus especializaciones de acuerdo al siguiente esquema:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Especialistas** | **Médicos Grupo A** | **Médicos Grupo A** |
| Anestesiólogos, Ginecólogos, Ginecoobstetras | N/A | N/A |
| Especialistas en cirugía ortopédica, urología, oftalmología, radiología | N/A | N/A |
| Demás médicos | N/A | N/A |
| Odontología, Ortodoncistas | N/A | N/A |

3.2 Número de personal de planta (Si los médicos mencionados en el numeral 3.1), incluyendo personal paramédico, administrativo, de servicios etc: N/A

3.3 Número de camas disponibles para pacientes N/A

3.4 Existen uno o varios de los siguientes equipos? N/A

**4 Información sobre otros riesgos**

4.1 Existe un banco de sangre?\_ N/A

4.2 Se suministra reservas de sangre a otras instituciones\_\_\_ N/A en que %\_ N/A

4.3 existe una farmacia propia?\_ N/A

* En caso afirmativo, cuantos farmaceutas titulados?\_\_ N/A

4.4 Existe un laboratorio propio de análisis clínicos?\_ N/A

* En caso afirmativo, cuantos químicos/laboratoristas N/A

4.5 existe un servicio de urgencias con ambulancias propias?\_ N/A

* En caso afirmativo, cuantas ambulancias?\_\_ N/A \_\_

**5 Información respecto al seguro**

5.1Ha tenido alguna reclamación de responsabilidad civil profesional durante los últimos 5 años?**\_\_** N/A

* En caso afirmativo, descríbala(s)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N/A

5.2 Tiene conocimiento de alguna (s) circunstancia (s) que pudiese (n) comprometer su responsabilidad civil profesional?

* En caso afirmativo, descríbala(s)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N/A

5.3 ha tenido alguna otra reclamación de responsabilidad civil durante los últimos 5 años o tiene conocimiento de alguna (s) que pudiese (n) comprometer su responsabilidad civil general?\_\_\_\_\_ N/A

* En caso afirmativo, indique detalles

N/A \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5.4 Ha tenido contratado en los últimos 5 años un seguro de responsabilidad civil profesional?\_ N/A

* En caso afirmativo, indicar:

Compañía de seguros \_\_\_\_\_\_ N/A \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vigencia\_\_\_ N/A \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Limite asegurado\_\_\_\_\_\_\_ N/A \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5.5 Ha sido rehusada, rechazada o cancelada la póliza de responsabilidad civil profesional por alguna compañía de seguro?\_\_ N/A

* En caso afirmativo, indique detalles

N/A

5.6 limite solicitado de la póliza $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_por póliza y por año en el agregado anual.

Firma Asegurado\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

V°B° decano medicina: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_