

# RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA CLINICAS Y HOSPITALES

## CUESTIONARIO

### 1. Información General

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

1.1 NIT 800.225.340-8

1.2 Domicilio : FACULTAD DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD, Transv 3 No 49-00 Bogotá

1.3 Quienes son los propietarios de la institución? N/A

1.4 Número de Registro Sanitario de Salud N/A

1.5 Año de establecimiento o fundación 1.982

1.6 Número anual de pacientes N/A

### 2. Información sobre servicios

2.1. Se prestan los servicios médicos inherentes a la actividad de una clínica/un hospital? N/A

2.2. Se prestan exclusivamente servicios de tratamiento pre-/pos hospitalario? N/A

2.3. Se trata de un establecimiento psiquiátrico o de una clínica de reposo? N/A

2.4. Se trata de una clínica geriátrica? N/A

2.5. Otros servicios prestados N/A

### 3. 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 B
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

*HA*

*8*

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 qué % 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

5.1 Ha tenido alguna reclamación de responsabilidad civil profesional durante los últimos 5 años? NO

- En caso afirmativo, describala(s)  
\_\_\_\_\_

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

- En caso afirmativo, describala(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? SI

En caso afirmativo, indicar:

Compañía de seguros UNION TEMPORAL CHUBB SEGUROS S.A. ASEGURADORA SOLIDARIA.

Vigencia DESDE EL 30-06-2019 HASTA 30-06-2020

Límite asegurado \$950.000.100

5.5 Ha sido rehusada, rechazada o cancelada la póliza de responsabilidad civil profesional por alguna compañía de seguro? NO

• En caso afirmativo, indique detalles \_\_\_\_\_

5.6 límite solicitado de la póliza \$950.000.100 por póliza y por año en el agregado anual.

**NOTA:** La Facultad de Medicina se permite informar que la póliza tomada es para cubrir los estudiantes de la Facultad de Medicina de pregrado en los semestres de 6 a 12 con un equivalente a 370 estudiantes, los estudiantes de la Tecnología en Atención Pre Hospitalaria en un número de 150 estudiantes y a todos los estudiantes especialidades médicas en un número de 450 estudiantes

Firmado

Nombre:

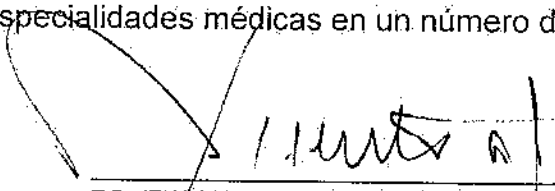
C.C. N°

Cargo

Dirección

Teléfono

Fecha

  
\_\_\_\_\_  
BG. (RA) LUIS FERNANDO PUENTES TORRES Ph.D

3.181.609 de Bogotá D.C.

RECTOR UNIVERSIDAD MILITAR NUEVA GRANADA

carrera 11 N°101-80 / Edificio administrativo

6500000 ext. 1001- 1002

marzo de 2020

V°B° Decano Medicina: 