

# 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 : SEDE MEDICINA, 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:

<b>Especialistas</b>	<b>Médicos Grupo A</b>	<b>Médicos Grupo A</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

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

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

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

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

13

el

5.4 Ha tenido contratado en los últimos 5 años un seguro de responsabilidad civil profesional? SI

En caso afirmativo, indicar:

Compañía de seguros LA PREVISORA S. A. COMPAÑIA DE SEGUROS

Vigencia DESDE EL 29-11-2014 HASTA 28-01-2016

Limite asegurado \$750'000.000

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 limite solicitado de la póliza \$ \_\_\_\_\_ 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 en los semestres de 6 a 12 con un equivalente a 438 estudiantes.

Firmado

Nombre:


C.C. N°

Cargo

Dirección

Teléfono

Fecha

  
\_\_\_\_\_  
Brigadier General (R) HUGO RODRIGUEZ DURAN  
19'378.345 de Bogotá D.C. *al*  
RECTOR UNIVERSIDAD MILITAR NUEVA GRANADA  
carrera 11 N°101-80 / Edificio administrativo  
6500000 ext. 1001- 1002  
08 de Octubre de 2015

V°B° decano medicina:

