

**RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL  
PARA CLÍNICAS Y HOSPITALES**

1. **INFORME GENERAL**
  - 1.1 **NOMBRES O RAZÓN SOCIAL DE LA INSTITUCIÓN: UNIVERSIDAD DE CALDAS**
  - 1.2 **NIT: 890.801.063-0**
  - 1.3 **DOMICILIO: CALLE 65 Nro. 26-10 Manizales**
  - 1.4 **¿QUIÉNES SON LOS PROPIETARIOS DE LA INSTITUCIÓN?**
    - INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES \_\_\_\_\_
    - DEPARTAMENTO \_\_\_\_\_
    - MUNICIPIO \_\_\_\_\_
    - ACCIONISTAS PARTICULARES \_\_\_\_\_
    - OTROS: NACIÓN \_\_\_\_\_
  - 1.5 **NÚMERO DE REGISTRO DE LA SECRETARÍA DE SALUD. N.A**
  - 1.6 **AÑO DE ESTABLECIMIENTO O FUNDACIÓN: CREACIÓN MEDIANTE ORDENANZA 006 DE 1943 Y NACIONALIZADA MEDIANTE LEY 34 DE 1967**
  - 1.7 **NÚMERO PROMEDIO ANUAL DE PACIENTES EN TRATAMIENTO AMBULANTE: N.A  
HOSPITALIZADOS: N.A**
2. **INFORMACIÓN SOBRE SERVICIOS**
  - 2.1 **¿SE PRESTAN LOS SERVICIOS MÉDICOS INHERENTES A LA ACTIVIDAD DE UNA CLÍNICA/UN HOSPITAL? SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_N.A\_\_\_\_\_**
  - 2.2 **¿SE PRESTAN EXCLUSIVAMENTE SERVICIOS DE TRATAMIENTO PRE-HOSPITALARIO? SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_N.A\_\_\_\_\_**
  - 2.3 **¿SE TRATA DE UN ESTABLECIMIENTO SIQUIÁTRICO O DE UNA CLÍNICA DE REPOSO? SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_N.A\_\_\_\_\_**
  - 2.4 **¿SE TRATA DE UNA CLÍNICA GERIÁTRICA? SÍ \_\_X\_\_ NO \_\_\_\_\_**
  - 2.5 **OTROS SERVICIOS PRESTADOS: EDUCACIÓN SUPERIOR**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*DT*

## 3. INFORMACIÓN SOBRE PERSONAL Y EQUIPO

**GRUPO A: NÚMERO DE MÉDICOS BAJO RELACIÓN LABORAL, DE ACUERDO CON LA ESPECIALIZACIÓN**

CATEGORIA	CANTIDAD DE DOCENTES
1	230

**GRUPO B: NÚMERO DE ESTUDIANTES AUTORIZADOS (PREGRADO Y POSTGRADO) PARA EJERCER SU PROFESIÓN DENTRO DE LA INSTITUCIÓN, DE ACUERDO CON SU ESPECIALIZACIÓN.**

CATEGORIA	NOMBRE	CANTIDAD DE ESTUDIAN TES
1	ENFERMERIA	500
2	MEDICINA	627
3	ESPECIALIZACION EN CIRUGÍA GENERAL	8
4	ESPECIALIZACION EN DERMATOLOGIA	2
5	ESPECIALIZACION EN MEDICINA DE URGENCIAS	6
6	ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA INTERNA	9
7	ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA INTERNA - GERIATRÍA	12
8	ESPECIALIZACION EN PEDIATRIA	5
9	ESPECIALIZACIÓN EN ANESTESIOLOGÍA	8
10	ESPECIALIZACIÓN EN PSIQUIATRÍA	7
11	ESPECIALIZACIÓN EN GASTROENTEROLOGÍA CLINICO QUIRÚRGICA	6

*OPT*

12	DOCTORADO EN CIENCIAS BIOMEDICAS	5
13	ESPECIALIZACIÓN EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	9
14	MAESTRÍA EN SALUD PUBLICA	35
15	TECNOLOGÍA EN REGENCIA DE FARMACIA	145
16	LICENCIATURA EN EDUCACIÓN BÁSICA CON ÉNFASIS EN EDUCACIÓN FÍSICA, RECREACIÓN Y DEPORTES	543
17	MAESTRIA ECOLOGIA HUMANA	24
18	MAESTRIA EN CIENCIAS BIOMEDICAS	7
19	ESPECIALIZACION EN SEXOLOGIA	4

3.2 **NÚMERO DE PERSONAL DE PLANTA (SIN LOS MÉDICOS MENCIONADOS EN EL PUNTO 3.1), INCLUYENDO PERSONAL PARAMÉDICO, ADMINISTRATIVO, 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 EQUIPOS DE RADIOGRAFÍA CON FINES DE DIAGNÓSTICO  
N.A EQUIPOS DE RAYOS X PARA TERAPÉUTICA  
N.A EQUIPOS DE TOMOGRAFÍA PARA ORDENADOR (SCANNER)  
N.A EQUIPOS DE RADIACIÓN PARA ISOTOPOS PARA TERAPÉUTICA  
N.A EQUIPOS DE GENERACIÓN DE RAYOS LÁSER  
N.A EQUIPOS DE MEDICINA NUCLEAR, INCLUYENDO LAS MATERIAS REACTIVAS NECESARIAS

4. **INFORMACIÓN SOBRE OTROS RIESGOS: N.A**

4.1 **¿EXISTE UN BANCO DE SANGRE? SÍ \_\_\_\_\_ NO X \_\_\_\_\_**

**¿SE SUMINISTRA CONSERVAS DE SANGRE A OTRAS INSTITUCIONES?**  
**SÍ \_\_\_\_\_ NO X \_\_\_\_\_**

**EN CASO AFIRMATIVO ¿EN QUÉ PORCENTAJE? \_\_\_\_\_%**

4.2 **¿EXISTE UNA FARMACIA PROPIA? SÍ \_\_\_\_\_ NO N.A \_\_\_\_\_**

**EN CASO AFIRMATIVO ¿CUÁNTOS FARMACÉUTICOS TITULADOS? \_\_\_\_\_**

4.3 **¿EXISTE UN PROPIO LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS?**  
**SÍ \_\_\_\_\_ NO X \_\_\_\_\_**

AT



EN CASO AFIRMATIVO ¿CUÁNTOS QUÍMICOS/LABORATORISTAS TITULADOS? \_\_\_\_\_

- 4.4 ¿EXISTE UN SERVICIO DE URGENCIAS CON AMBULANCIAS PROPIAS?  
SÍ \_\_\_\_\_ NO X \_\_\_\_\_

EN CASO AFIRMATIVO ¿CUÁNTAS AMBULANCIAS? \_\_\_\_\_

5. INFORMACIÓN RESPECTO AL SEGURO

- 5.1 ¿HA TENIDO ALGUNA RECLAMACIÓN DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DURANTE LOS ÚLTIMOS CINCO (5) AÑOS?  
SÍ \_\_\_\_\_ NO X \_\_\_\_\_

EN CASO AFIRMATIVO DESCRIBIRLA(S) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- 5.2 ¿TIENE CONOCIMIENTO DE ALGUNA(S) CIRCUNSTANCIA(S) QUE PUDIESE(N) COMPROMETER SU RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL?  
SÍ \_\_\_\_\_ NO X \_\_\_\_\_

EN CASO AFIRMATIVO, DESCRIBIRLA(S) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- 5.3 ¿HA TENIDO ALGUNA RECLAMACIÓN DE RESPONSABILIDAD CIVIL DURANTE LOS ÚLTIMOS CINCO (5) AÑOS O TIENE CONOCIMIENTO DE ALGUNA(S) CIRCUNSTANCIA(S) QUE PUDIESE(N) COMPROMETER SU RESPONSABILIDAD CIVIL EN GENERAL?

SÍ \_\_\_\_\_ NO X \_\_\_\_\_

EN CASO AFIRMATIVO, INDICAR DETALLES \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- 5.4 ¿HA TENIDO CONTRATADO EN LOS ÚLTIMOS CINCO (5) AÑOS UN SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL?  
SÍ X \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

EN CASO AFIRMATIVO INDICAR:  
VIGENCIA(S): 31/03/2007 HASTA 05/03/2015 - PREVISORA  
01/05/2009 HASTA 05/03/2015 LIBERTY SEGUROS

LÍMITE(S) ASEGURADO(S) \$500.000.000 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

AV

5.5 ¿LE HA SIDO REHUSADA O CANCELADA LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR ALGUNA COMPAÑÍA DE SEGUROS?

SÍ \_\_\_\_\_ NO X \_\_\_\_\_

EN CASO AFIRMATIVO INDICAR DETALLES \_\_\_\_\_


\_\_\_\_\_

5.6 LÍMITE SOLICITADO EN LA PÓLIZA

VER CUADRO SLIP ANEXO \_\_\_\_\_ POR EVENTO Y POR AÑO

LAS ANTERIORES DECLARACIONES SON CIERTAS Y SE CONSTITUYEN COMO MECANISMO DE EVALUACIÓN DEL RIESGO DE R.C. DE ESTA INSTITUCIÓN

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O MÉDICO JEFE



CLAUDIA PATRICIA JARAMILLO ANGEL  
*Decana Facultad de Ciencias para la Salud*

CIUDAD Y FECHA:  
MANIZALES, 16 DE FEBRERO DE 2015

clínicas