

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

3. INFORMACIÓN SOBRE PERSONAL Y EQUIPO

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

CATEGORIA	CANTIDAD DE DOCENTES
1	251

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 ESTUDIANTES
1	DOCTORADO EN CIENCIAS BIOMÉDICAS	9
2	ENFERMERIA	427
3	ESPECIALIZACIÓN EN ANESTESIOLOGÍA	9
4	ESPECIALIZACION EN CIRUGÍA GENERAL	6
5	ESPECIALIZACION EN DERMATOLOGIA	3
6	ESPECIALIZACIÓN EN GASTROENTEROLOGÍA CLINICO QUIRÚRGICA	6
7	ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA DE URGENCIAS	8
8	ESPECIALIZACION EN MEDICINA INTERNA	10
9	ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA INTERNA - GERIATRÍA	12
10	ESPECIALIZACIÓN EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA	9
11	ESPECIALIZACION EN PEDIATRIA	6

12	ESPECIALIZACIÓN EN PSIQUIATRÍA	4
13	LICENCIATURA EN EDUCACION FÍSICA, RECREACION Y DEPORTE	471
14	MAESTRÍA EN CIENCIAS BIOMÉDICAS	4
15	MAESTRÍA EN ECOLOGÍA HUMANA Y SABERES AMBIENTALES	19
16	MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA	23
17	MEDICINA	517
18	TECNOLOGÍA EN REGENCIA DE FARMACIA	142

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 _____

¿SE SUMINISTRA CONSERVAS DE SANGRE A OTRAS INSTITUCIONES?
 SÍ _____ NO _____

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 _____

EN CASO AFIRMATIVO ¿CUÁNTOS QUÍMICOS/LABORATORISTAS TITULADOS? _____

4.4 ¿EXISTE UN SERVICIO DE URGENCIAS CON AMBULANCIAS PROPIAS?
SI _____ NO

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

EN CASO AFIRMATIVO DESCRIBIRLA(S) _____

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

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

EN CASO AFIRMATIVO, INDICAR DETALLES _____

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

EN CASO AFIRMATIVO INDICAR:
VIGENCIA(S): 06/10/2016

LÍMITE(S) ASEGURADO(S) \$1.000.000.000 _____

5.5 ¿LE HA SIDO REHUSADA O CANCELADA LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR ALGUNA COMPAÑÍA DE SEGUROS?
SÍ _____ NO

EN CASO AFIRMATIVO INDICAR DETALLES _____

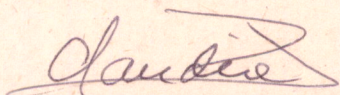
5.6

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, 25 DE AGOSTO DE 2016

