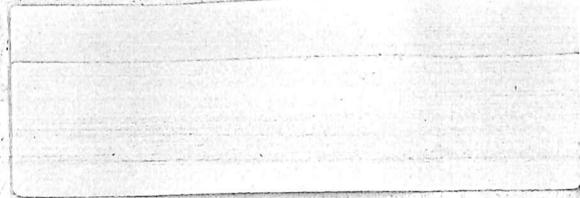


**CUESTIONARIO PARA EL SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA ESTUDIANTES DE PROFESIONES RELACIONADAS CON LA SALUD**



**SECCIÓN I - SOLICITANTE**

**A. Información acerca de la institución**

1. Razón Social: Universidad del Cauca NIT: 891.500.319-2  
 Domicilio: Cra 6 N° 13N-50  
 Ciudad: Popoyón Departamento: Cauca  
 Teléfonos: 8234118 ext 112 Fax: 8234118 ext 105  
 E-mail: fsolud@unicauca.edu.co

2. Indique la categoría de tipo de institución (por favor marque todas las que correspondan):

- Sociedad anónima                       Entidad de gobierno  
 Sociedad profesional                 Entidad religiosa  
 Entidad con fines de lucro           Individual  
 Entidad sin fines de lucro           Otro: \_\_\_\_\_

3. Si existen otros establecimientos, operaciones subsidiarias o ubicaciones distintas a la principal, complete lo siguiente:

Nombre	Tipo de establecimiento	Domicilio y Localidad	Teléfono
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

4. Licencia de Funcionamiento No. 002848 (Adjuntar Copia)  
 Otorgada por: ICFES Fecha: 11 / 11 / 88  
 Fecha de Expedición: 11 / 11 / 84 Fecha de Vencimiento:       /      /      

5. Le han cancelado ó suspendido la Licencia de Funcionamiento, especifique por que:

No

**B. Información acerca del Administrador y/o responsable de la institución**

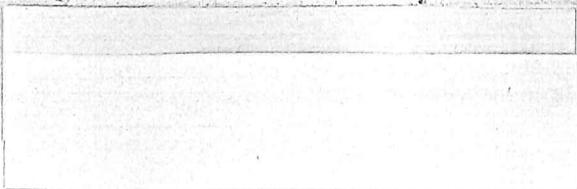
1. Nombre completo:  
Jose Luis Diego Franco - Representante legal.

2. Experiencia laboral en los últimos 3 años (por favor incluya la ocupación actual):

Cargo desempeñado	Tiempo	Nombre de la entidad	Ciudad
<u>Rector</u>	<u>2017</u>	<u>Universidad del Cauca</u>	<u>Popoyón</u>
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____



**CUESTIONARIO PARA EL SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA ESTUDIANTES DE PROFESIONES RELACIONADAS CON LA SALUD**



**SECCIÓN II - COBERTURA SOLICITADA**

- a. Vigencia: Desde: 24 / 05 / 2018 Hasta: 24 / 05 / 2019  
 b. Suma asegurada: 1) 250 salarios 2) \_\_\_\_\_  
 c. Nombre de la Aseguradora donde tiene actualmente de forma ininterrumpida la presente póliza  
Previsora ¿Hace cuantos años? \_\_\_\_\_

**SECCIÓN III - TIPO DE INSTITUCIÓN:**

- Pública  Privada  Otra: \_\_\_\_\_

**SECCIÓN IV - ENTIDADES QUE SE TIENE CONVENIO DEBIDAMENTE FIRMADO**

Nombre	Tipo de establecimiento	Domicilio y Localidad	Teléfono
<u>En poder de la aseguradora</u>			
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

**SECCIÓN V - CUERPO MÉDICO DE DOCENTES**

1. Número total de Profesores: 230 Médicos: 146  
 Otros Profesiones: 84 No Profesionales: 0
2. ¿Se verifica y se comprueba la matrícula y diploma de los médicos profesores con antelación a su empleo o a permitir su uso de la institución y/o personal y/o equipos?  Sí  No
- a. En caso afirmativo, por favor indique:  
 Nombre de la persona que verifica \_\_\_\_\_ Cargo Director Recursos humanos Teléfono 8209800
- b. ¿Cómo se hace dicha verificación?  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
3. ¿Verifica anualmente con la Institución correspondiente esta información?  Sí  No
4. ¿Tiene en su cuerpo médico algún profesor no matriculado o cuya matrícula haya sido restringida?  Sí  No
- c. En caso afirmativo, por favor especifique: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
5. Indique por favor la cantidad de alumnos y profesores para cada categoría. Use sólo una categoría para cada individuo reportado. Las categorías están detalladas en las páginas 5 y 6.

*Nota: la información en la sección V - cuerpo médico de docentes, punto 1. se esta corroborando.*



**CUESTIONARIO PARA EL SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA ESTUDIANTES DE PROFESIONES RELACIONADAS CON LA SALUD**

a. Total de Alumnos (adjuntar relación)

Clase	Alumnos Pregrado	Alumnos en Especialización	Clase	Alumnos Pregrado	Alumnos en Especialización	Otros
Clase 1	537 (medicos)		Clase 5	60 (Internado)		
Clase 2	334 (Enfermería)		Clase 6		58 (postgrado)	
Clase 3	369 (Fonoaudi)		Clase 7			
Clase 4	357 (Fisioterapia)		Clase 8			
Totales						

b. Profesores (adjuntar relación)

Clase	Profesores Pregrado	Profesores Especialización	Clase	Profesores Pregrado	Profesores Especialización	Otros
Clase 1			Clase 5			
Clase 2			Clase 6			
Clase 3			Clase 7			
Clase 4			Clase 8			
Totales						

**NOTA:** En caso de no poder clasificar a los docentes dentro de las categorías anteriores, favor relacionarlos en anexo con sus respectivas profesiones y especialidades.

**SECCIÓN VIII - GENERAL**

**NOTA:** Por favor especifique en hoja adicional cualquier respuesta afirmativa avalando con fecha y firma.

- A. ¿Alguna vez le han cancelado, no renovado, modificado o sobretasado su seguro de R.C. Profesional?  Sí  No
- B. ¿Alguna agencia del gobierno ha investigado, suspendido, revocado o limitado su habilitación?  Sí  No
- C. ¿Tiene conocimiento alguno de reclamos pendientes o de circunstancia alguna que pudiese dar surgimiento a un reclamo o demanda en el futuro?  Sí  No

**SECCIÓN IX - HISTORIAL DE RECLAMOS**

- A. Si la institución puede conseguir un listado de reclamos de su(s) asegurador(es) actual(es) o anterior(es), por favor adjunte copia.
- B. Si no es posible obtener dicho listado, por favor complete en su totalidad el cuadro de información de reclamos.

La información sobre reclamos debe ser provista con respecto a responsabilidad civil profesional, responsabilidad civil general y cualquier otra reclamación de responsabilidad civil efectuada en su contra o en la de su corporación. Por favor provea su historial completo de reclamaciones (incluyendo los últimos 10 años, si esta información está disponible) en caso de ser necesario adjuntar anexo.

*Nota: la información en el cuadro A, se está corroborando*

**CUESTIONARIO PARA EL SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA ESTUDIANTES DE PROFESIONES RELACIONADAS CON LA SALUD**

Apellido y nombre del reclamante	Fecha de ocurrencia	Estado A - Abierto T-Terminado	Demanda legal S - Si N - No	Fecha Terminado	Reserva de siniestro o Monto pagado	Descripción breve de la reclamación

Observaciones: No han existido reclamaciones

---



---

Se hace constar que el Solicitante de este seguro declara conocer y aceptar íntegramente las Condiciones Generales y Particulares que se aplicarán en la Póliza que solicita. Este cuestionario tiene el tenor de una **declaración jurada**.

Queda convenido que si se concreta un contrato de seguro, este cuestionario formará parte integrante del mismo. El Asegurable tiene el deber de avisar inmediatamente a la Compañía de Seguros dentro de las 72 horas de toda modificación en la información aquí declarada.

Lugar y Fecha: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_

Aclaración: \_\_\_\_\_

---



---



---

**CUESTIONARIO PARA EL SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA ESTUDIANTES DE PROFESIONES RELACIONADAS CON LA SALUD**

**TABLA DE CLASIFICACIÓN DE MÉDICOS POR ESPECIALIZACIÓN**

<b>Médicos, Cirujanos y Dentistas</b>		
<b>Clase 1 – Sin Cirugía</b>	<b>Clase 2 – Con Cirugía Menor</b>	<b>Clase 5 – Con Cirugía</b>
Medicina AeroEspacial	Enfermedades Vasculares	Colon y recto
Alergología	Dermatología	Endocrinológica
Enfermedades Cardiovasculares	Diabetología	Gastroenterológica
Diabetología	Endocrinología	Geriátrica
Endocrinología	Gastroenterología	Neoplásica
Médico General / Clínico	Geriatría	Nefrológica
Medicina Forense	Ginecología	Oftalmológica
Gastroenterología	Hematología	Urológica
Medicina General Preventiva	Enfermedades Infecciosas	<b>Clase 6 – Con Cirugía</b>
Geriatría	Cuidados Intensivos	Medicina de Emergencia – Sin Cirugía Mayor
Hematología	Medicina Interna	Médico General / Clínico
Hipnosis	Laringología	Laringológica
Enfermedades Infecciosas	Neonatología	Oral y Maxilofacial
Medicina Interna	Enfermedades Neoplásicas	Otológica
Laringología	Nefrología	Otorrinolaringológica
Enfermedades Neoplásicas	Neurología - Incluyendo niños	Rinológica
Nefrología	Oftalmología	<b>Clase 7 – Con Cirugía</b>
Neurología - Incluyendo niños	Ortopedia	Medicina de Emergencia – Con Cirugía Mayor
Medicina Nuclear	Otología	Abdominal
Nutrición	Otorrinolaringología	Anestesiológica
Medicina Ocupacional	Patología	Dermatológica
Oncología - Sin procedimientos Invasivos	Pediatría	Ginecológica
Oftalmología	Radiología - Con Diagnóstico	Mano
Ortopedia	Rinología	<b>Clase 8 – Con Cirugía</b>
Otología	<b>Clase 3 – Con Procedimientos Invasivos Menores</b>	Cardíaca
Otorrinolaringología	Acupuntura - No anestésica	Enfermedades Cardiovasculares
Patología	Colonoscopia	Ortopédica
Farmacología	Laparoscopia	Torácica
Fisiatría	Biopsia por Punción	Traumatológica
Medicina Física y de Rehabilitación	Dilatación Esofágica Neumática o Mecánica	Vascular
Psiquiatría - Incluyendo niños	Inyecciones de Substancia de Contraste	Neurológica - Incluyendo niños
Psicoanálisis	<b>Clase 4 – Con Procedimientos Invasivos Mayores</b>	Obstétrica y Ginecológica
Medicina Psicosomática	Angiografía	Obstétrica
Salud Pública	Arteriografía	
Enfermedades Pulmonares	Broncoesofagoscopia	
Radiología – Diagnóstico	Caterización Cardíaca	
Reumatología	Discografía	
Rinología	Terapia de Láser	
	Linfangiografía	
	Mielografía	
	Flebografía	
	Neumoencefalografía	
	Terapia Radiante	
	Terapia de Shock	

**CUESTIONARIO PARA EL SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA ESTUDIANTES DE PROFESIONES RELACIONADAS CON LA SALUD**



Otros Profesionales de la Salud		
Auxiliar de Anestesia	Farmacéutico	Mecánico Dental
Auxiliar de Laboratorio Clínico	Fisioterapeuta	Odontólogo sin Cirugía Maxilofacial
Auxiliar de Radiología	Fonoaudiólogo	Óptico Técnico
Bioquímico	Instrumentista	Técnico en Calzado Ortopédico
Citotécnico	Kinesiólogo	Técnico en Ortesis y Prótesis
Enfermera Profesional	Licenciado Nutricionista	Visitador de Higiene

**\*Cirugía mayor:** Incluye operaciones en o sobre cualquier cavidad corporal, incluyendo pero no limitándose al cráneo, tórax, abdomen, o pelvis, o cualquier otra operación que debido a la condición del paciente, o al tiempo, o a las circunstancias de la operación, presente un peligro marcado a la vida. También incluye remoción de cualquier glándula u órgano, remoción de tumores, amputaciones, fracturas de huesos, cirugía plástica y cualquier operación efectuada utilizando anestesia general. Serán también consideradas como cirugía mayor las cesáreas, las anexectomías y las amigdalectomías (tonsilectomías).

**\*\*Cirugía Menor:** Incluye las cirugías no clasificadas como Cirugía Mayor. También incluye: Procesos obstétricos no considerados como Cirugía Mayor, La asistencia a otros médicos en cirugías a pacientes propios.

**\*\*\*Biopsia por Punción:** Incluye pulmones, hígado, riñones y próstata, pero no incluye médula ósea.

**\*\*\*\*Cateterización:** No incluye Inserción ocasional y por emergencia de catéteres para registrar presión o marcapasos temporales, Cateterización de la uretra, Cateterización del cordón umbilical para propósitos de diagnóstico, o para monitorear gases en la sangre de recién nacidos que están recibiendo oxígeno.