

**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**

Razón Social: UNIVERSIDAD DEL CAUCA NIT: 891.500.319-2  
 Domicilio: CALLE 5 # 4-70  
 Ciudad: POPAYAN Departamento: CAUCA  
 Teléfonos: 8234118 Fax: 8234118  
 E – mail: fsalud@unicauca.edu.co

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: \_\_\_\_\_

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

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

Licencia de Funcionamiento No. 002848 (Adjuntar Copia)  
 Otorgada por: \_\_\_\_\_ Fecha: 11 / 11 / 1988  
 Fecha de Expedición: 11 / 11 / 1984 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 DIAGO FRANCO

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

Cargo desempeñado	Tiempo	Nombre de la entidad	Ciudad
RECTOR	2017	UNIVERSIDAD DEL CAUCA	POPAYAN
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

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

**SECCIÓN II - COBERTURA SOLICITADA**

- a. Vigencia: Desde: 25 / 04 / 2022 Hasta: 31 / 12 / 2022
- b. Suma asegurada: 1) 500.000.000 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 (SE ADJUNTA EN LA ULTIMA HOJA LISTADO COMPLETO DE LAS ENTIDADES CON CONVENIO)**

Nombre	Tipo de establecimiento	Domicilio y Localidad	Teléfono
UNIVERSIDAD DEL VALLE	EDUCATIVO	CALI	_____
HOSPITAL MILITAR	HOSPITAL	BOGOTA	_____
LA ESTANCIA	CLINICA	POPAYAN	_____
UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA	UNIVERSIDAD	MEDELLIN	_____
HOSPITAL SUSANA LOPEZ	HOSPITAL	POPAYAN	_____
VALLE DE LILI	FUNDACION	CALI	_____
HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE	HOSPITAL	POPAYAN	_____

**SECCIÓN V - CUERPO MÉDICO DE DOCENTES**

- Número total de Profesores: 294 Médicos: 180
- Otros Profesiones: 114 No Profesionales: 0

- ¿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 FUNCIONARIOS DE TALENTO HUMANO Cargo DIRECTORA RR.HH. Teléfono 8209800

- b. ¿Cómo se hace dicha verificación?  
SE HACE LA VERIFICACION EN SIGEP, SE LES SOLICITA MATRICULA PROFESIONAL, DIPLOMA Y ACTA DE GRADO. ESTE PROCESO SE REALIZA CADA VEZ QUE ENTRA UN MEDICO DOCENTE

- ¿Verifica anualmente con la Institución correspondiente esta información?  Sí  No

- ¿Tiene en su cuerpo médico algún profesor no matriculado o cuya matrícula haya sido restringida?  Sí  No

- c. En caso afirmativo, por favor especifique: N/A

- 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.

**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			Clase 5			
Clase 2			Clase 6			
Clase 3			Clase 7			
Clase 4			Clase 8			
<b>Totales</b>	1539 ( SE ANEXA LISTADO)	95 (SE ANEXA LISTADO)				

b. Profesores (adjuntar relación)

Clase	Profesores Pregrado	Profesores Especialización	Clase	Profesores Pregrado	Profesores Especialización	Otros
Clase 1		157	Clase 5			
Clase 2			Clase 6			
Clase 3			Clase 7			
Clase 4			Clase 8			
<b>Totales</b>	294( SE ANEXA LISTADO)	157	<b>OTROS</b>			

**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 

X
---
- B. ¿Alguna agencia del gobierno ha investigado, suspendido, revocado o limitado su habilitación?  Sí  No 

X
---
- 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.

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

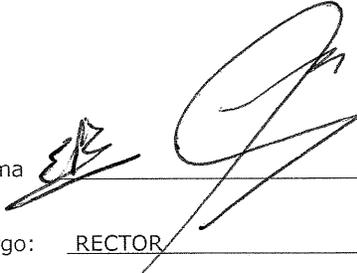
Apellido y nombre del reclamante	Fecha de ocurrencia	Estado A - Abierto T-Terminado	Demanda legal S - Si N - No	Fecha Terminado	Reserva de siniestro o Monto pagado	Descripción breve de la reclamación
NO APLICA	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

**Observaciones: NO HAN EXISTIDO RECLAMOS - EN DESARROLLO DEL PROCESO SE ADJUNTA LA SINIESTRALIDAD - SE ACLARA QUE EL SEGURO HASTA LA FECHA HA ESTADO CONTRATADO CON PREVISORA**

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: 7 DE ABRIL DE 2022

Firma  

Nombre: JOSE LUIS DIAGO FRANCO

Cargo: RECTOR

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	
Geriatría	Cuidados Intensivos	<b>Clase 6 – Con Cirugía</b>
Hematología	Medicina Interna	Medicina de Emergencia – Sin Cirugía Mayor
Hipnosis	Laringología	Médico General / Clínico
Enfermedades Infecciosas	Neonatología	Laringológica
Medicina Interna	Enfermedades Neoplásicas	Oral y Maxilofacial
Laringología	Nefrología	Otológica
Enfermedades Neoplásicas	Neurología - Incluyendo niños	Otorrinolaringológica
Nefrología	Oftalmología	Rinológica
Neurología - Incluyendo niños	Ortopedia	
Medicina Nuclear	Otología	<b>Clase 7 – Con Cirugía</b>
Nutrición	Otorrinolaringología	Medicina de Emergencia – Con Cirugía Mayor
Medicina Ocupacional	Patología	Abdominal
Oncología - Sin procedimientos invasivos	Pediatría	Anestesiológica
Oftalmología	Radiología - Con Diagnóstico	Dermatológica
Ortopedia	Rinología	Ginecológica
Otología	<b>Clase 3 – Con Procedimientos Invasivos Menores</b>	Mano
Otorrinolaringología	Acupuntura - No anestésica	Cabeza y Cuello
Patología	Colonoscopia	Neonatólogica
Farmacología	Laparoscopia	Pediátrica
Fisiatría	Biopsia por Punción	Plástica Otorrinolaringológica
Medicina Física y de Rehabilitación	Dilatación Esofágica Neumática o Mecánica	Plástica
Psiquiatría - Incluyendo niños	Inyecciones de Substancia de Contraste	
Psicoanálisis	<b>Clase 4 – Con Procedimientos Invasivos Mayores</b>	<b>Clase 8 – Con Cirugía</b>
Medicina Psicosomática	Angiografía	Cardiaca
Salud Pública	Arteriografía	Enfermedades Cardiovasculares
Enfermedades Pulmonares	Broncoesofagoscopia	Ortopédica
Radiología – Diagnóstico	Caterización Cardiaca	Torácica
Reumatología	Discografía	Traumatológica
Rinología	Terapia de Láser	Vascular
	Linfangiografía	Neurológica – Incluyendo niños
	Mielografía	Obstétrica y Ginecológica
	Flebografía	Obstétrica
	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 Ortésis 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.

Nombre del Convenio	ESTADO	DURACIÓN (Años)
CEHANI	VIGENTE	10
Clínica La Estancia	VIGENTE	10
Clínica Oftalmológica Vejarano	VIGENTE	10
Compañía de Patólogos del Cauca	VIGENTE	10
Congregación COTOLENGO	VIGENTE	5
ESE Centro 1	VIGENTE	10
ESE Centro 2 Nivel 1 Rosas, Sierra, Sotara	VIGENTE	10
ESE Norte 2 Caloto	VIGENTE	10
ESE Popayán	VIGENTE	10
ESE TIERRADENTRO	VIGENTE	10
ESE Timbio	VIGENTE	10
ESE Suroriente	VIGENTE	10
ESE Suroccidente	VIGENTE	10
Fundación FEDAR	VIGENTE	10
Fundación Italocolombiana	VIGENTE	5
Fundación Salvando Sueños	VIGENTE	5
Fundación Universitaria San Martin	VIGENTE	5

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

Fundación Valle de Lili	VIGENTE	10
Hospital del Tambo	VIGENTE	9
Hospital Francisco de Paula Santander	VIGENTE	10
Hospital Mamá Dominga	VIGENTE	10
Hospital Militar	VIGENTE	10
Hospital Nivel 1 del Bordo	VIGENTE	10
Hospital San Juan de Dios	VIGENTE	10
Hospital Susana López de Valencia	VIGENTE	10
Hospital Universitario San José	VIGENTE	10
INPEC	VIGENTE	2
Institución Educativa Francisco de Paula Santander	VIGENTE	10
Institución Educativa Liceo Alejandro Humboldth	VIGENTE	5
Instituto Colombiano Bienestar familiar	VIGENTE	5
Instituto Nacional de Cancerología	VIGENTE	10
Instituto de Fertilidad Humana INSER	VIGENTE	10
IPS Esperanza y Salud SAS	VIGENTE	9
IPS Totoguampa	VIGENTE	5
IPS Fundación para la Excelencia en Salud	VIGENTE	10
Pontificia Universidad Javeriana de Cali	VIGENTE	10
Quilisalud	VIGENTE	10
Rehabilitar SAS- Nueva Eps	VIGENTE	10
Hospital Militar Nueva Granada	VIGENTE	5
Unidad Central del Valle del Cauca	VIGENTE	10
Unida Vascular	VIGENTE	10
Universidad Antonio Nariño	VIGENTE	5
Universidad CES de Medellín	VIGENTE	5
Universidad Cooperativa de Colombia	VIGENTE	10
Universidad de Antioquia	VIGENTE	10
Universidad de Nariño	VIGENTE	10
Universidad del Valle	VIGENTE	5
Universidad EAN	VIGENTE	Indefinido
Universidad el Bosque	VIGENTE	4
Universidad Nacional de Colombia	VIGENTE	5
Universidad Tecnológica de Pereira	VIGENTE	5
Hogar San Vicente de Paul	VIGENTE	5
Hospital Universitario del Quindío	VIGENTE	5