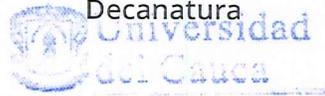




Facultad de Ciencias de la Salud

PUNTO 8 P112

Daniela
183211



No. DE ANEXOS _____

2025 FEB 20 P 3:40

002201

8.2-55.6/166
Popayán, 20 de febrero de 2025

AREA DE GESTIÓN DOCUMENTAL

FIRMA *Daniela*

Ingeniero
JORGE ADRIAN MUÑOZ VELASCO
Vicerrector Administrativo
Universidad del Cauca

Asunto: Respuesta correo 19/02/2025 Proceso De Seguros Unicauca

Cordial Saludo:

En atención al asunto me permito remitir el formato en físico, firmado por la Señora Decana y la Lista de los estudiantes y los estudiantes se remite en formato digital. Asegurados como soporte del punto 8. Responsabilidad Civil Profesional

Universitariamente,

ADRIANA CASTRO MAÑUNGA
Facultad Ciencias de la Salud
Universidad del Cauca

Anexos: Uno – tres (3) folios
Dos - Archivo en Excel formato digital

Revisó y aprobó: Adriana C.
Ajustes e Impresión: Patricia G.

VICE ADM 21 FEB 25 AM 08:56

Acreditada en
ALTA CALIDAD
*Resolución 6218 de junio de 2019

Carrera 6ª Calle 13 Nro. 13N-50
Popayán - Cauca - Colombia
fsalud@unicauca.edu.co | www.unicauca.edu.co



21/2/2025

FORMULARIO PARA EL SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA ESTUDIANTES,
DOCENTES Y ADMINISTRATIVOS 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: CALLE 5 # 4-70

Ciudad: POPAYAN

Teléfono: 8234118

E – mail: fsalud@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

Entidad sin fines de lucro

Individual

Otro: _____

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

Nombre	Tipo de establecimiento	Domicilio	Localidad
UNIVERSIDAD DEL CAUCA	EDUCACIÓN	CALLE 5 # 4-70	POPAYAN

4. Licencia de Funcionamiento No. 002848_

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 qué:

NO

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

1. **DEIBAR RENE HURTADO HERRERA:**

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>2022-2027</u>	<u>UNIVERSIDAD DEL CAUCA</u>	<u>POPAYAN</u>

SECCIÓN II - COBERTURA SOLICITADA

a. Vigencia: (02-05-2025) AL (02-05-2026)

b. Suma asegurada: \$500.000. 000.00

c. Nombre de la Aseguradora donde tiene actualmente de forma ininterrumpida la presente póliza: PREVISORA

¿Hace cuantos meses? _____

SECCIÓN III - TIPO DE INSTITUCIÓN:

Pública X Privada _____ Otra: _____

SECCIÓN IV - ENTIDADES QUE SE TIENE CONVENIO DEBIDAMENTE FIRMADO

NOMBRE	TIPO DE ESTABLECIMIENTO	DOMICILIO
ALCALDIA DE SANTANDER DE QUILICHAO	ALCALDIA	SANTANDER
ALCANDIA MUNICIPAL POPAYAN	ALCALDIA	POPAYAN
ASOCIACION DE CABILDOS UKAWESX NASA IPS	IPS	CALDONO
CENTRO GERONTOLOGICO DE NARIÑO	IPS	PASTO
CLINICA DE FRACTURAS	IPS	POPAYAN
CLINICA SAN RAFAEL	IPS	POPAYAN
COLEGIO FRANCISCO DE PAULA SANTANDER	COLEGIO	POPAYAN
COMPAÑÍA PATOLOGOS DEL CAUCA	COMPAÑÍA	POPAYAN
CRECIENDO CON CAMI	INSTITUCION	POPAYAN
ESCUELA COLOMBIANA DE REHABILITAR ECR	INSTITUTO	BOGOTA
ESE CENTRO DOS	ESE	POPAYAN
ESE CENTRO UNO	ESE	POPAYAN
ESE DE TIERRADENTRO	ESE	PÁEZ
ESE NARDO CAUCA	ESE	POPAYAN
ESE NIVEL UNO HOSPITAL DEL BORDO	HOSPITAL	EL BORDO
ESE NIVEL UNO HOSPITAL DEL TAMBO	HOSPITAL	TAMBO
ESE NIVEL UNO HOSPITAL TIMBIO	HOSPITAL	TIMBIO
ESE NORTE DOS CALOTO, CORINTO, MIRANDA, GUACHENE	ESE	CALOTO
ESE POPAYAN	ESE	POPAYAN
ESE QUILISALUD	ESE	SANTANDER
ESE SUROCCIDENTE	ESE	POPAYAN
ESE SURORIENTE	ESE	POPAYAN
FISIOSALUD IPS DEL CAUCA	IPS	POPAYAN
FUNDACIÓN CLINICA VALLE DE LILI	CLINICA	CALI
FUNDACION DIVINO NIÑO	FUNDACIÓN	POPAYAN
FUNDACION EXCELENCIA EN SALUD IPS SAS	FUNDACION	POPAYAN
FUNDACION FEDAR	FUNDACIÓN	POPAYAN
FUNDACION FES	FUNDACIÓN	POPAYAN
FUNDACION HOGAR SAN VICENTE DE PAUL	FUNDACIÓN	POPAYAN
FUNDACION ITALCOLOMBIA	FUNDACIÓN	BOGOTA
FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA VEJARANO	FUNDACIÓN	POPAYAN
FUNDACIÓN OPERACIÓN SONRISA	FUNDACIÓN	BOGOTA
GOBERNACION DEL CAUCA	GOBERNACIÓN	POPAYAN
HOSPITAL FRANCISCO DE PAULA SANTADER	HOSPITAL	SANTANDER
HOSPITAL MAMA DOMINGA	HOSPITAL	SILVIA
HOSPITAL SUSANA LOPEZ	HOSPITAL	POPAYAN
HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE	HOSPITAL	POPAYAN
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	INSTITUTO	POPAYAN
INSTITUTO DE FERTILIDAD HUMANA INSER	UNIVERSIDAD	BOGOTA
INSTITUTO NACIONAL CANCEROLOGICO	INTITUTO	BOGOTA
INTERFISICA	IPS	POPAYAN
IPS CORAZON Y AORTA	IPS	POPAYAN
IPS ESPERANZA Y SALUD	IPS	POPAYAN
LA ESTANCIA	CLINICA	POPAYAN

LICEO NACIONAL ALEJANDRO DE HUMBOL	COLEGIO	POPAYAN
MINGA IPS	IPS	POPAYAN
MUNICIPIO DE CALDONO	ALCANDIA	CALDONO
PROFAMILIA	IPS	POPAYAN
REHABILITAR - IPS NUEVA EPS	IPS	POPAYAN
SENA	INSTITUTO	POPAYAN
UNIDAD DE DIAGNOSTICO ESPECIALIZADO EN PATOLOGIA	IPS	POPAYAN
UNIDAD VASCULAR	IPS	POPAYAN
UNIVERSIDAD ANTONIO NARIÑO	UNIVERSIDAD	POPAYAN
UNIVERSIDAD AUTONOMA	UNIVERSIDAD	POPAYAN-CALI
UNIVERSIDAD CES	UNIVERSIDAD	MEDELLIN
UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA	UNIVERSIDAD	MEDELLIN
UNIVERSIDAD DE NARIÑO	UNIVERSIDAD	PASTO
UNIVERSIDAD DEL TOLOMA	UNIVERSIDAD	TOLIMA
UNIVERSIDAD DEL VALLE	UNIVERSIDAD	CALI
UNIVERSIDAD MARIA CANO	UNIVERSIDAD	POPAYAN
UNIVERSIDAD MARIANA	UNIVERSIDAD	PASTO
UNIVERSIDAD MILITAR	HOSPITAL	BOGOTA
UNIVERSIDAD NACIONA	UNIVERSIDAD	BOGOTA

SECCIÓN V - CUERPO MÉDICO DE DOCENTES

1. Número total de Profesores: 270

Médicos: 148

Otros Profesiones: 122

No Profesionales:

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? **SI X NO**

a. En caso afirmativo, por favor indique:

Nombre de la persona que verifica

Cargo

Teléfono

FUNCIONARIOS DE TALENTO HUMANO

JEFE RR.HH.

8209800

b. ¿Como se hace dicha verificación?

SE HACE LA VERIFICACIÓN EN SIGEP, SE LES SOLICITA MATRÍCULA PROFESIONAL, DIPLOMA Y ACTA DE GRADO, ESTE PROCESO SE REALIZA CADA VEZ QUE ENTRA UN MÉDICO DOCENTE.

3. ¿Verifica anualmente con la Institución correspondiente esta información? SI ___ NO X__

4. ¿Tiene en su cuerpo médico algún profesor no matriculado o cuya matrícula haya sido restringida? SI ___ NO X__

a. En caso afirmativo, por favor especifique:

5. Indique por favor la cantidad de alumnos y profesores.

a. Total de Alumnos 1544__

b. Profesores 270__

c. Atención Servicio Médico Bienestar Universitario ___

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? SI ___ NO X__

B. ¿Alguna agencia del gobierno ha investigado, suspendido, revocado o limitado su habilitación? SI ___ NO X__

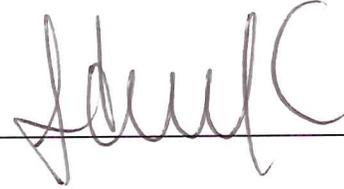
C. ¿Tiene conocimiento alguno de reclamos pendientes o de circunstancia alguna que pudiese dar surgimiento a un reclamo o demanda en el futuro? SI ___ NO X__

SECCIÓN IX - HISTORIAL DE RECLAMOS

Ver siniestralidad detallada por Aseguradora.

Lugar y Fecha: Popayán 20 febrero 2025

Firma

A handwritten signature in dark ink, appearing to be 'J. C.', written over a horizontal line.

Nombre: Adriana Castro Manánga

Cargo

Decano F. C. S.

Se anexa el listado del Profesional Médicos y Practicantes de la Facultad Ciencias de la Salud.