

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 # 13 N - 50
 Ciudad: Popayán Departamento: Cauca
 Teléfonos: 8234118 ext. 112 Fax: 8234118 ext. 105
 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
 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. 0028418 (Adjuntar Copia)
 Otorgada por: ICFES Fecha: 11 / 11 / 1988
 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: José Luis Diago 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>Popayán</u>
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

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

SECCIÓN II - COBERTURA SOLICITADA

a. Vigencia: Desde: 31, 05, 2018 Hasta: 31, 05, 2019
 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

Nombre	Tipo de establecimiento	Domicilio y Localidad	Teléfono
<u>Universidad del valle</u>	<u>Universidad</u>	<u>Calí</u>	
<u>Hospital Militar</u>	<u>Hospital</u>	<u>Bogotá</u>	<u>0</u>
<u>La Estancia</u>	<u>clínica</u>	<u>Popayán</u>	
<u>Universidad de Antioquia</u>	<u>Universidad</u>	<u>Medellín</u>	
<u>H. Susana López</u>	<u>Hospital</u>	<u>Popayán</u>	
<u>Valle de Lili</u>	<u>Fundación</u>	<u>Calí</u>	
<u>H.U. San José</u>	<u>Hospital</u>	<u>Popayán</u>	<u>(Entre otros)</u>

SECCIÓN V - CUERPO MÉDICO DE DOCENTES

1. Número total de Profesores: 289 Médicos: 174
 Otros Profesiones: 115 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

Teléfono

Funcionarios de Talento Humano Directora RRHH 8209800

b. ¿Cómo 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? 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: N.A.

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.

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	552	70 - ver	Clase 5			
Clase 2		listado anexo	Clase 6			
Clase 3			Clase 7			
Clase 4			Clase 8			
Totales	1647		Otros - Enfermería 336			

- Fisioterapia 389
- Fonocardiología 370

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			289 - ver listado anexo			

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.

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 reclamos.

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: Popayán

Firma _____

Nombre: Jose Luis Diago Franco

Cargo: Rector

Aclaración: La cobertura solicitada es del 31-05-2019 al 31-05-2020.

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.