**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

\_**\_X**\_ 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

**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

**RECTOR 2022-2027 UNIVERSIDAD DEL CAUCA POPAYAN**

**SECCIÓN II - COBERTURA SOLICITADA**

a. Vigencia: **(2 – 05 – 2023) AL (2 – 05 – 2024)**

b. Suma asegurada: **\_$500.000.000**

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 |
| UNIVERSIDAD MILITAR | HOSPITAL | BOGOTA |
| LA ESTANCIA | CLINICA | POPAYAN |
| UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA | UNIVERSIDAD | MEDELLIN |
| HOSPITAL SUSANA LOPEZ | HOSPITAL | POPAYAN |
| FUNDACIÓN CLINICA VALLE DE LILI | CLINICA | CALI |
| HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE | HOSPITAL | POPAYAN |
| UNIVERSIDAD DEL VALLE | UNIVERSIDAD | CALI |
| INSTITUTO NACIONAL CANCEROLOGICO | INTITUTO | BOGOTA |
| UNIVERSIDAD CES | UNIVERSIDAD | MEDELLIN |
| Instituto de Fertilidad Humana INSER | UNIVERSIDAD | BOGOTA |
| UNIVERSIDAD NACIONA | UNIVERSIDAD | BOGOTA |
| UNIVERSIDAD DEL TOLOMA | UNIVERSIDAD | TOLIMA |
| UNIVERSIDAD AUTONOMA | UNIVERSIDAD | POPAYAN-CALI |
| UNIVERSIDAD MARIA CANO | UNIVERSIDAD | POPAYAN |
| UNIVERSIDAD MARIANA | UNIVERSIDAD | PASTO |
| UNIVERSIDAD DE NARIÑO | UNIVERSIDAD | PASTO |
| UNIVERSIDAD ANTONIO NARIÑO | UNIVERSIDAD | POPAYAN |
| ESE POPAYAN | ESE | POPAYAN |
| ESE SURORIENTE | ESE | POPAYAN |
| ESE SUROCCIDENTE | ESE | POPAYAN |
| ESE CENTRO UNO | ESE | POPAYAN |
| ESE CENTRO DOS | ESE | POPAYAN |
| FUNDACION FES | FUNDACIÓN | POPAYAN |
| HOSPITAL MAMA DOMINGA | HOSPITAL | SILVIA |
| ESE NIVEL UNO HSOPITAL DEL TAMBO | HOSPITAL | TAMBO |
| ESE NIVEL UNO HOSPITAL DEL BORDO | HOSPITAL | EL BORDO |
| ESE NIVEL UNO HOSPITAL TIMBIO | HOSPITAL | TIMBIO |
| HOSPITAL FRANCISCO DE PAULA SANTADER | HOSPITAL | SANTANDER |
| IPS REHABILITAR - IPS NUEVA EPS | IPS | POPAYAN |
| FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA VEJARANO | FUNDACIÓN | POPAYAN |
| COMPAÑÍA PATOLOGOS DEL CAUCA | COMPAÑÍA | POPAYAN |
| LICEO NACIONAL ALEJANDRO DE HUMBOL | COLEGIO | POPAYAN |
| FUNDACION FEDAR | FUNDACIÓN | POPAYAN |
| COLEGIO FRANCISCO DE PAULA SANTANDER | COLEGIO | POPAYAN |
| FUNDACION HOGAR SAN VICENTE DE PAUL | FUNDACIÓN | POPAYAN |
| FUNDACION DIVINO NIÑO | FUNDACIÓN | POPAYAN |
| ICBF | INSTITUTO | POPAYAN |
| SENA | INSTITUTO | POPAYAN |
| ALCANDIA MUNICIPAL POPAYAN | ALCALDIA | POPAYAN |
| GOBERNACION DEL CAUCA | GOBERNACIÓN | POPAYAN |

FUNDACIÓN SONRIA FUNDACIÓN POPAYAN

**SECCIÓN V - CUERPO MÉDICO DE DOCENTES**

1. Número total de Profesores: **\_294\_\_\_**

Médicos: **\_\_180\_\_**

Otros Profesiones: **\_\_114\_\_**

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. ¿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? 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:

N/A\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

a. Total de Alumnos \_**1640\_\_**

b. Profesores **\_281\_\_**

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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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