

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 Tecnológica de Pereira NIT: 891.480.035 - 9
 Domicilio: Carrera 27 No. 10 - 02
 Ciudad: Pereira Departamento: Risaralda
 Teléfonos: 3137539 - 3137267 Fax: 3213206
 E - mail: servicios@utp.edu.co mantenimiento@utp.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. Ley 11 -1958 (Adjuntar Copia)
 Otorgada por: Congreso de la República Fecha: / /
 Fecha de Expedición: 15 / 12 / 1958 Fecha de Vencimiento: / /

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

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

1. Nombre completo: Luis Fernando Gaviria Trujillo

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>Actual</u>	<u>Universidad Tecnológica de Pereira</u>	<u>Pereira</u>
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

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

SECCIÓN II - COBERTURA SOLICITADA

- a. Vigencia: Desde: 30 / 01 / 2016 Hasta: 30 / 01 / 2017
 b. Suma asegurada: 1) _____ 2) _____
 c. Nombre de la Aseguradora donde tiene actualmente de forma ininterrumpida la presente póliza
La Previsora ¿Hace cuantos años? 11 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
Listado Adjunto			
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

SECCIÓN V - CUERPO MÉDICO DE DOCENTES

1. Número total de Profesores: 170 Médicos: 167
 Otros Profesiones: 3 no médicos No Profesionales: 0 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? Sí No
- a. En caso afirmativo, por favor indique:
- | Nombre de la persona que verifica | Cargo | Teléfono |
|-----------------------------------|--|----------------|
| <u>Alejandra Rodríguez Botero</u> | <u>Transitoria Administrativa Asistencial II</u> | <u>3137365</u> |
- b. ¿Cómo se hace dicha verificación?
La verificación de los soportes de los títulos de los funcionarios y contratistas vinculados a la Universidad, se realiza mediante el aplicativo dispuesto para ese proceso y se alimenta la base de datos de "Recurso Humano".
3. ¿Verifica anualmente con la Institución correspondiente esta información? Sí No
La verificación de los títulos se realiza cuando se requiere, es decir, cuando hay una contratación nueva y cuando se renueva la contratación de lo que ya vienen vinculados.
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.

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

a. Total de Alumnos (adjuntar relación) Se anexa listado

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			
Totales						

b. Profesores (adjuntar relación) Se anexa listado

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.

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

TABLA DE CLASIFICACIÓN DE MÉDICOS POR ESPECIALIZACIÓN

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

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

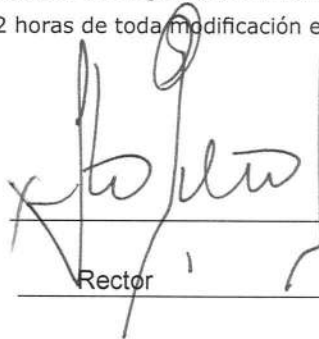

Apellido y nombre del reclamante	Fecha de ocurrencia	Estado A - Abierto T-Terminado	Demanda legal S - Si N - No	Fecha Terminado	Reserva de siniestro o Monto pagado	Descripción breve de la reclamación

Observaciones: _____

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: Pereira, 25 / 11 / 2015

Firma 
 Cargo: Rector 

Nombre: Luis Fernando Gaviria Trujillo

Aclaración: _____

