

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
--------	-------------------------	-----------	-----------

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: (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

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

