

INFORMACIÓN GENERAL			
NOMBRE Y APELLIDOS: José Miguel Rincon Martinez			
CÓDIGO		DOMICILIO	
INFORMACIÓN PROFESIONAL			
TÍTULO PROFESIONAL		OTORGADO POR	
No. C.C. EN LA DIRECCIÓN GENERAL DE PROFESIONALES		No. REGISTRO PROFESIONAL	
ESPECIALIZACIONES		FECHA	
No. C.C. EN LA DIRECCIÓN GENERAL DE PROFESIONALES		VIGENCIA TARJETA PROFESIONAL	
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> X X </div> <div> X </div> </div>			
ESPECIALIZACIÓN PRACTICADA <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> Anestesiólogo, Ginecólogo, Ginecobstetra Especialista en cirugía, ortopedia, urología, oftalmología, radiología </div> <div> Médico General, otra especialización Odontología, Ortodoncia </div> </div>			
ACTIVIDAD PROFESIONAL			
EJERCICIO PRIVADO POR CUENTA PROPIA, SIN RELACIÓN LABORAL CON UNA INSTITUCIÓN DE SALUD O CUALQUIER EMPRESA, SEA PARTICULAR O PÚBLICA: <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> SI NO </div> <div> EN CASO AFIRMATIVO: UBICACIÓN DEL CONSULTORIO: </div> </div>			
NÚMERO Y ESPECIALIZACIÓN MÉDICA O PARAMÉDICA DE LOS EMPLEADOS			
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> POSEE UNO O VARIOS DE LOS SIGUIENTES EQUIPOS </div> <div> Equipos de radiografía con fines de diagnóstico Equipos de rayos X para terapéutica Equipos de tomografías por ordenador - Scanner </div> <div> Equipos de generación de rayos láser Equipos de medicina nuclear, incluyendo las materias radioactivas </div> </div>			
EXISTE LA POSIBILIDAD DE ALOJAR A LOS PACIENTES DURANTE UN TRATAMIENTO:		EL TRATAMIENTO DE PACIENTES ES SOLO AMBULATORIO:	
SI NO		SI NO	
EXISTEN OTROS RIESGOS COMO: LABORATORIOS, FARMACIAS, ETC.			
SI NO			
EN CASO AFIRMATIVO DAR DETALLES:			
EJERCICIO DE LAS ACTIVIDADES PROFESIONALES EXCLUSIVAMENTE EN EL CONSULTORIO ARRIBA INDICADO:			
SI NO			
PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES TAMBIÉN EN OTRAS INSTITUCIONES DE SALUD O EMPRESA:			
SI NO			
EN CASO AFIRMATIVO DAR DETALLES:			
NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN:			
TIPO DE SERVICIOS:			
FUNCIÓN DEL SOLICITANTE:			
RELACIÓN ENTRE EL SOLICITANTE Y LA INSTITUCIÓN:			
EJERCICIO PROFESIONAL BAJO RELACIÓN LABORAL CON UNA INSTITUCIÓN DE SALUD, UNA EMPRESA O CUALQUIER ENTIDAD PÚBLICA O PRIVADA, INCLUYENDO MÉDICOS PARTICULARES:			
SI NO			
EN CASO AFIRMATIVO:			
NOMBRE Y DESCRIPCIÓN DEL EMPLEADOR:			
UBICACIÓN DEL CENTRO DE TRABAJO:			
DESCRIPCIÓN DE LAS LABORES QUE DESEMPEÑA EL SOLICITANTE Y SUS FUNCIONES:			

CONSULTORIO PROPIO Y/O OTRA CLÍNICA, ETC.

____ SI ____ NO

EN CASO AFIRMATIVO DAR DETALLES:

INFORMACIÓN RESPECTO AL SEGURO

HA TENIDO ALGUNA RECLAMACIÓN DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DURANTE LOS ÚLTIMOS CINCO (5) AÑOS?

____ SI ____ NO

EN CASO AFIRMATIVO DAR DETALLES:

TIENE CONOCIMIENTO DE ALGUNA CIRCUNSTANCIA QUE PUDIESE COMPROMETER SU RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL:

____ SI ____ NO

EN CASO AFIRMATIVO DAR DETALLES:

HA TENIDO CONTRATADOS EN LOS ÚLTIMOS CINCO (5) AÑOS UN SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL:

____ SI ____ NO

EN CASO AFIRMATIVO INDICAR:

COMPAÑÍA DE SEGUROS:

VIGENCIA DE LA PÓLIZA:

LÍMITE ASEGURADO:

LE HA SIDO REHUSADA O CANCELADA LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR ALGUNA COMPAÑÍA DE SEGUROS:

____ SI ____ NO

EN CASO AFIRMATIVO DAR DETALLES:

SUMA ASEGURADA SOLICITADA:

DECLARO QUE LAS RESPUESTAS AQUÍ CONSIGNADAS Y TODAS LAS DEMÁS CONDICIONES DE ESTA SOLICITUD SON VERÍDICAS. ACEPTO QUE CUALQUIER FALSEDAD EN ELLAS CONTENIDA, RELEVARÁ LA RESPONSABILIDAD DE LA COMPAÑÍA EN CASO DE RECLAMO. LA COMPAÑÍA NO ASUME RESPONSABILIDAD SINO MEDIANTE LA EXPEDICIÓN DE LA PÓLIZA DE SEGURO Y EL PAGO DE LA PRIMA.

11-04-2025

FIRMA AUTORIZADA

LUGAR Y FECHA:
