

| INFORMACIÓN GENERAL | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| NOMBRE Y APELLIDOS: José Miguel Rincon Martinez | | | |
| C.C. 323123 | | Domicilio: Maicao Calle 24 #1b39 | |
| INFORMACIÓN PROFESIONAL | | | |
| TÍTULO PROFESIONAL: Medicina | | OTORGADO POR: Medicina | |
| No. C.C. EN LA DIRECCIÓN GENERAL DE PROFESIONALES: 323123 | | No. REGISTRO PROFESIONAL: 795-03 | |
| VIGENCIA TARJETA PROFESIONAL: 2025-04-18 | | | |
| ESPECIALIZACIONES: | | | |
| <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> X X </div> | | | |
| ESPECIALIZACIÓN PRACTICADA: <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> _____ Anestesiólogo, Ginecólogo, Ginecobstetra _____ Médico General, otra especialización </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> _____ Especialista en cirugía, ortopedia, urología, oftalmología, radiología _____ Odontología, Ortodoncia </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;"> SI _____ EN CASO AFIRMATIVO: UBICACIÓN DEL CONSULTORIO: </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> NO _____ </div> | | | |
| NÚMERO Y ESPECIALIZACIÓN MÉDICA O PARAMÉDICA DE LOS EMPLEADOS: <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> SI SI </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> SI SI </div> | | | |
| POSEE UNO O VARIOS DE LOS SIGUIENTES EQUIPOS: <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> _____ Equipos de radiografía con fines de diagnóstico _____ Equipos de generación de rayos láser X </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> _____ Equipos de rayos X para terapéutica _____ Equipos de medicina nuclear, incluyendo las materias radioactivas </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> _____ Equipos de tomografías por ordenador - Scanner X </div> | | | |
| EXISTE LA POSIBILIDAD DE ALOJAR A LOS PACIENTES DURANTE UN TRATAMIENTO: <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> _____ SI _____ NO </div> | | EL TRATAMIENTO DE PACIENTES ES SOLO AMBULATORIO: <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> _____ SI _____ NO </div> | |
| EXISTEN OTROS RIESGOS COMO: LABORATORIOS, FARMACIAS, ETC. <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> _____ SI _____ NO </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> EN CASO AFIRMATIVO DAR DETALLES: X </div> | | | |
| EJERCICIO DE LAS ACTIVIDADES PROFESIONALES EXCLUSIVAMENTE EN EL CONSULTORIO ARRIBA INDICADO: <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> _____ SI _____ NO </div> | | | |
| PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES TAMBIÉN EN OTRAS INSTITUCIONES DE SALUD O EMPRESA: <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> _____ SI _____ NO </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> EN CASO AFIRMATIVO DAR DETALLES: _____ </div> | | | |
| NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN: _____ <div style="text-align: right;">X</div> | | | |
| 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: <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> _____ SI _____ NO </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> EN CASO AFIRMATIVO: </div> | | | |
| NOMBRE Y DESCRIPCIÓN DEL EMPLEADOR: _____ | | | |
| UBICACIÓN DEL CENTRO DE TRABAJO: _____ | | | |
| DESCRIPCIÓN DE LAS LABORES QUE DESEMPEÑA EL SOLICITANTE Y SUS FUNCIONES: _____ | | | |

EJERCICIO DE LAS ACTIVIDADES PROFESIONALES TAMBIÉN EN OTRAS OCASIONES: EJEMPLO
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.

Maricao 11-04-2025

FIRMA AUTORIZADA

LUGAR Y FECHA:
