

INFORMACIÓN GENERAL			
NOMBRE Y APELLIDOS Jose Miguel Rincon Martinez			
CÓDIGO 623126		DOMICILIO Calle 24 #1b39	
INFORMACIÓN PROFESIONAL			
TÍTULO PROFESIONAL		OTORGADO POR	
No. C.C. EN LA DIRECCIÓN GENERAL DE PROFESIONALES		No. REGISTRO PROFESIONAL	
FECHA			
VIGENCIA TARJETA PROFESIONAL			
ESPECIALIZACIONES			
ESPECIALIZACIÓN PRACTICADA			
_____ Anestesiólogo, Ginecólogo, Ginecobstetra		_____ Médico General, otra especialización	
_____ Especialista en cirugía, ortopedia, urología, oftalmología, radiología		_____ Odontología, Ortodoncia	
ACTIVIDAD PROFESIONAL			
EJERCICIO PRIVADO POR CUENTA PROPIA, SIN RELACIÓN LABORAL CON UNA INSTITUCIÓN DE SALUD O CUALQUIER EMPRESA, SEA PARTICULAR O PÚBLICA:			
SI _____		EN CASO AFIRMATIVO: UBICACIÓN DEL CONSULTORIO:	
NO _____			
NÚMERO Y ESPECIALIZACIÓN MÉDICA O PARAMÉDICA DE LOS EMPLEADOS			
POSEE UNO O VARIOS DE LOS SIGUIENTES EQUIPOS			
_____ Equipos de radiografía con fines de diagnóstico		_____ Equipos de generación de rayos láser	
_____ Equipos de rayos X para terapéutica		_____ Equipos de medicina nuclear, incluyendo las materias radioactivas	
_____ Equipos de tomografías por ordenador - Scanner			
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:			

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.

11/04/2025

FIRMA AUTORIZADA

LUGAR Y FECHA:
