

## RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA MÉDICOS

INFORMACIÓN GENERAL			
NOMBRE Y APELLIDOS			
C.C. ó NIT.		DOMICILIO	
INFORMACIÓN PROFESIONAL			
TÍTULO PROFESIONAL	OTORGADO POR		FECHA
No. C.C. EN LA DIRECCIÓN GENERAL DE PROFESIONALES	No. REGISTRO PROFESIONAL	VIGENCIA TARJETA PROFESIONAL	
ESPECIALIZACIONES			
ESPECIALIZACIÓN PRACTICADA <input type="checkbox"/> Anestesiólogo, Ginecólogo, Ginecobstetra <input type="checkbox"/> Médico General, otra especialización <input type="checkbox"/> Especialista en cirugía, ortopedia, urología, oftalmología, radiología <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/>	EN CASO AFIRMATIVO: UBICACIÓN DEL CONSULTORIO:
		NO <input type="checkbox"/>	
NÚMERO Y ESPECIALIZACIÓN MÉDICA O PARAMÉDICA DE LOS EMPLEADOS			
POSEE UNO O VARIOS DE LOS SIGUIENTES EQUIPOS <input type="checkbox"/> Equipos de radiografía con fines de diagnóstico <input type="checkbox"/> Equipos de generación de rayos láser <input type="checkbox"/> Equipos de rayos X para terapéutica <input type="checkbox"/> Equipos de medicina nuclear, incluyendo las materias radioactivas <input type="checkbox"/> Equipos de tomografías por ordenador - Scanner			
EXISTE LA POSIBILIDAD DE ALOJAR A LOS PACIENTES DURANTE UN TRATAMIENTO:		EL TRATAMIENTO DE PACIENTES ES SOLO AMBULATORIO:	
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
EXISTEN OTROS RIESGOS COMO: LABORATORIOS, FARMACIAS, ETC. <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO    EN CASO AFIRMATIVO DAR DETALLES:			
EJERCICIO DE LAS ACTIVIDADES PROFESIONALES EXCLUSIVAMENTE EN EL CONSULTORIO ARRIBA INDICADO: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES TAMBIÉN EN OTRAS INSTITUCIONES DE SALUD O EMPRESA: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> 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 FALSEDADE 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.

FIRMA AUTORIZADA

LUGAR Y FECHA:

---

---