

| 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, Ginecóbstetra <input type="checkbox"/> Especialista en cirugía, ortopedia, urología, oftalmología, radiología | | <input type="checkbox"/> Médico General, otra especialización <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 rayos X para terapéutica <input type="checkbox"/> Equipos de tomografías por ordenador - Scanner | | <input type="checkbox"/> Equipos de generación de rayos láser <input type="checkbox"/> Equipos de medicina nuclear, incluyendo las materias radioactivas |
| EXISTE LA POSIBILIDAD DE ALOJAR A LOS PACIENTES DURANTE UN TRATAMIENTO: | | EL TRATAMIENTO DE PACIENTES ES SOLO AMBULATORIO: |
| SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| EXISTEN OTROS RIESGOS COMO: LABORATORIOS, FARMACIAS, ETC. | | |
| SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | EN CASO AFIRMATIVO DAR DETALLES: |
| | | |
| EJERCICIO DE LAS ACTIVIDADES PROFESIONALES EXCLUSIVAMENTE EN EL CONSULTORIO ARRIBA INDICADO: | | |
| SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | |
| PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES TAMBIÉN EN OTRAS INSTITUCIONES DE SALUD O EMPRESA: | | |
| SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | 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 <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | 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.

FIRMA AUTORIZADA

LUGAR Y FECHA:
