

FORMULARIO PARA EL SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA ESTUDIANTES, DOCENTES Y ADMINISTRATIVOS DE PROFESIONES RELACIONADAS CON LA SALUD

SECCIÓN I – SOLICITANTE

A. Información acerca de la institución

1. Razón Social: UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PEREIRA NIT: 891480015
Domicilio: Carrera 27 No. 10-02 Los Álamos
Ciudad: Pereira Departamento: Risaralda
Teléfono: 3137300
E – mail: servicios@utp.edu.co jefeserviciosinstitucionales@utp.edu.co

2. Indique la categoría de tipo de institución (por favor marque todas las que correspondan):

- Sociedad anónima Entidad de gobierno
 Sociedad profesional Entidad religiosa
 Entidad con fines de lucro Individual
 Entidad sin fines de lucro Otro: _____

3. Si existen otros establecimientos, operaciones subsidiarias o ubicaciones distintas a la principal, complete lo siguiente:

Nombre	Tipo de establecimiento	Domicilio y Localidad
Ciencias Clínicas Hospital San Jorge	Establecimiento educativo	Carrera 4 # 24-87 Pereira
CDV San Luis Gonzaga	Establecimiento educativo	CR 31 # 15- 87 Br. San Luis Gonzaga
Finca el Pílamo	Laboratorio gusano de seda	Km 06 Vereda la Honda Pereira
Laboratorio de Genética Médica	Laboratorio de Genética	Cll 14 No. 23-41 Br Los Álamos

4. Licencia de Funcionamiento No. Ley No. 11 de 1958

Otorgada por: Congreso de la República

Fecha: ____/____/____

Fecha de Expedición: 15 / 12 / 1958

Fecha de Vencimiento: ____/____/____

5. Le han cancelado ó suspendido la Licencia de Funcionamiento, especifique por qué:

NO

B. Información acerca del Administrador y/o responsable de la institución

1. Nombre completo:

LUIS FERNANDO GAVIRIA TRUJILLO

2. Experiencia laboral en los últimos 3 años (por favor incluya la ocupación actual):

Cargo desempeñado	Tiempo	Nombre de la entidad	Ciudad
<u>Rector</u>	<u>7 años</u>	<u>Universidad Tecnológica de Pereira.</u>	<u>Pereira</u>

FORMULARIO PARA EL SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA ESTUDIANTES, DOCENTES Y ADMINISTRATIVOS DE PROFESIONES RELACIONADAS CON LA SALUD

SECCIÓN VIII – GENERAL

NOTA: Por favor especifique en hoja adicional cualquier respuesta afirmativa avalando con fecha y firma.

- A. ¿Alguna vez le han cancelado, no renovado, modificado o sobretasado su seguro de R.C. Profesional? Sí No
- B. ¿Alguna agencia del gobierno ha investigado, suspendido, revocado o limitado su habilitación? Sí No
- C. ¿Tiene conocimiento alguno de reclamos pendientes o de circunstancia alguna que pudiese dar surgimiento a un reclamo o demanda en el futuro? Sí No

SECCIÓN IX - HISTORIAL DE RECLAMOS

- A. Si la institución puede conseguir un listado de reclamos de su(s) asegurador(es) actual(es) o anterior(es), por favor adjunte copia.

Ver siniestralidad en el proceso relacionado Convocatoria Pública de 2023 y siniestralidad detallada por Aseguradora.

- B. Si no es posible obtener dicho listado, por favor complete en su totalidad el cuadro de información de reclamos.

Ver siniestralidad en el proceso relacionado Convocatoria Pública del 2023 y siniestralidad detallada por Aseguradora.

Se hace constar que el Solicitante de este seguro declara conocer y aceptar íntegramente las Condiciones Generales y Particulares que se aplicarán en la Póliza que solicita. Este cuestionario tiene el tenor de una **declaración jurada**.

Queda convenido que, si se concreta un contrato de seguro, este cuestionario formará parte integrante del mismo. El Asegurable tiene el deber de avisar inmediatamente a la Compañía de Seguros de toda modificación en la información aquí declarada.

Lugar y Fecha: Pereira 18 de abril de 2023

Firma _____

Nombre: Luis Fernando Gaviria Trujillo

Cargo: Rector