

**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 Pílamó	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:

FRANCISCO ANTONIO URIBE GÓMEZ

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

Cargo desempeñado	Nombre de la entidad	Ciudad
<u>Rector (E)</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 II - COBERTURA SOLICITADA

- a. Vigencia: De acuerdo con los anexos del pliego de condiciones de Convocatoria Pública GSI 01 de 2024
- b. Suma asegurada: De acuerdo con los anexos del pliego de condiciones de Convocatoria Pública GSI 01 de 2024
- c. Nombre de la Aseguradora donde tiene actualmente de forma ininterrumpida la presente póliza
U.T. Axa Colpatría Seguros S.A., Mapfre Seguros Generales de Colombia S.A., SBS Seguros Colombia S.A. La Previsora Compañía de Seguros S.A. ¿Hace cuantos meses? Desde el 11 de noviembre de 2023

SECCIÓN III - TIPO DE INSTITUCIÓN:

Pública Privada Otra: _____

SECCIÓN IV - ENTIDADES QUE SE TIENE CONVENIO DEBIDAMENTE FIRMADO

(La relación será entregada al proponente seleccionado)

SECCIÓN V - CUERPO MÉDICO DE DOCENTES

1. Número total de Profesores: 149 Médicos: 128
Otros Profesiones: 17 No Profesionales: 4
El número de docentes varía según la necesidad de la Universidad Tecnológica de Pereira
2. ¿Se verifica y se comprueba la matrícula y diploma de los médicos profesores con antelación a su empleo o a permitir su uso de la institución y/o personal y/o equipos? Sí No
- a. En caso afirmativo, por favor indique:
- | Nombre de la persona que verifica | Cargo | Teléfono |
|--------------------------------------|--|----------------|
| <u>Luisa Fernanda Arboleda Arias</u> | <u>Auxiliar III Gestión del Talento Humano</u> | <u>3137365</u> |
- b. ¿Cómo se hace dicha verificación?
La verificación se realizar de manera previa a la contratación durante el proceso de validación de requisitos documentales denominado "Legalización".
3. ¿Verifica anualmente con la Institución correspondiente esta información? Sí No
4. ¿Tiene en su cuerpo médico algún profesor no matriculado o cuya matrícula haya sido restringida? No
- c. En caso afirmativo, por favor especifique: _____
-
5. Indique por favor la cantidad de alumnos y profesores a incluir. Total: 760
- a. Total de Alumnos 545 pregrado + 57 posgrado (La relación será entregada al proponente seleccionado)
- b. Profesores 149 (La relación será entregada al proponente seleccionado)
- c. Atención Servicio Médico Bienestar Universitario 9 (La relación será entregada al proponente seleccionado)

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 04 de abril de 2024

Firma _____

Nombre: Francisco Antonio Uribe Gómez

Cargo: Rector (E)