MAPFRE | COLOMBIA

SOLICITUD PARA EL SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICOS Y CIRUJANOS

1. Asegurado: .Daniela Castaño Hernández **Tipo y N° Doc : 1043004036 F.de Nacimiento:** 27/07/1990

2. Tarjeta profesional N°: 1043004036 **Otorgada por**: Colegio Médico Colombiano.

3. Domicilio particular: Calle 11ª #17ª-25 Casa 3 Conjunto Villa T Barrio Riascos Teléfono: 313 7253908

4. Domicilio profesional: Hospital universitario Julio Méndez Barreneche Cra. 14 #23-42, Comuna 4, Santa Marta, Magdalena

5. Tipo de Práctica: ☐ Autónoma

x☐ Empleado: Empleador: Hospital universitario Julio Méndez Barreneche

Entidades del servicio de la salud de la(s) cual(es) Ud. es Propietario, Copropietario, Socio, Accionista o Director Médico:

Nombre de la Entidad	Localidad	Descripción de su relación	% de su trabajo en la Entidad
..... N/A.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

6. Asociaciones, Colegios o Sociedades Profesionales a las que Ud. pertenece: .....no.....

.....

7. Suma Asegurada Solicitada: (Marque con una X la requerida)

$25.000.000 ☐	$ 100.000.000 ☐	$ 200.000.000 ☐	$ 500.000.000 ☐
$35.000.000 ☐	$ 125.000.000 ☐	$ 225.000.000 ☐	$ 750.000.000 ☐
$50.000.000 ☐	$ 150.000.000 ☐	$ 250.000.000 ☐	$ 1.000.000.000 ☐
$75.000.000 ☐	$ 175.000.000 ☐	$ 300.000.000 ☐	$ 1.500.000.000 ☐

9. ¿Es Usted

Jefe de Equipo	Jefe de Guardia	Jefe de Servicio	Médico Residente	Médico Asistente	Médico Concurrente
☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No

10. a) ¿Emplea Ud. Algún profesional de la salud? ☐ Si ☐ No

b) En caso afirmativo, ¿Le requiere Ud. prueba por escrito de cobertura de Resp.Civil (ej.: copia de póliza)? ☐ Si ☐ No

Nombre del profesional	Especialidad	Asegurador / Fondo solidario	Suma asegurada
.....N/A.....	..... N/A.....	..... N/A.....	..... N/A.....
..... N/A.....	..... N/A.....	..... N/A.....	..... N/A.....

.

11. En caso de Ud. haber tenido cobertura de Responsabilidad Civil Profesional vigente durante el último año, sírvase especificar:

Asegurador / Fondo solidario	Vigencia de la póliza	Límites de la suma asegurada	
.....N/A.....	.....N/A.....	Por Evento:	Agregado anual: ..... N/A.....

Tipo de Cobertura	Si C-M, fecha retroactiva	Si C-M, años de la extensión	¿Compró la extensión?
☐ Ocurrencia	...../...../.....	.....	☐ Si ☐ No

12. ¿Ha recibido Ud. certificación del Ministerio o seccional de Salud en alguna especialidad? ☐ Si ☐ No

Especialidad	Fecha otorgada
.....N/A.....	...../...../.....
.....N/A.....	...../...../.....

13. Nombre todas las instituciones médicas/consultorios incluyendo la localidad donde Ud. ejerce su profesión:

Hospital universitario Julio Méndez Barreneche

MAPFRE | COLOMBIA

14. ¿Ha habido algún reclamo o demanda que se haya formulado en su contra? (incluya en hoja adjunta todos los reclamos o demandas mientras estuvo comprometido en su entrenamiento y/o práctica) ☐ Si ☐ No

15. ¿Tiene Ud. conocimiento alguno de reclamos pendientes, de cualquier actividad (incluyendo petición de historias clínicas) o de circunstancia alguna que pudiese dar surgimiento a un reclamo o demanda en el futuro? ☐ Si ☐ No

16. Amplíe cualquier respuesta afirmativa en una hoja separada avalando con fecha y firma:

a) ¿Desempeña funciones para alguna institución que presta servicios de emergencias ☐ Si ☐ No

b) ¿Ha sido Ud. Rechazado, censurado, restringido, suspendido o revocado por alguna sociedad o asociación médica profesional? ☐ Si ☐ No

c) ¿Alguna vez le han cancelado, no renovado, restringido o sobretasado su seguro de Responsabilidad Civil, o ha recibido alguna carta de su asegurador con tal intención? ☐ Si ☐ No

d) ¿Alguna vez se le ha suspendido, revocado o en cualquier forma limitado su licencia médica, o su certificación en alguna especialidad? ☐ Si ☐ No

e) ¿Ha habido algún cambio en su práctica o especialidad en los últimos cinco (5) años? ☐ Si ☐ No

f) ¿Ha firmado Ud. algún contrato donde accedió a indemnizar (liberar de perjuicios) a otros? En caso afirmativo, adjunte copia del contrato. ☐ Si ☐ No

17. Por favor indique su especialidad No aplica

18. Sus funciones requieren realizar procesos:

a) Con Cirugía Mayor ☐ Si ☐ No

b) Con Cirugía Menor ☐ Si ☐ No

c) Con Procedimientos Invasivos Menores y Mayores ☐ Si ☐ No

***Cirugía mayor:** Incluye operaciones en o sobre cualquier cavidad corporal, incluyendo pero no limitándose al cráneo, tórax, abdomen, o pelvis, o cualquier otra operación que debido a la condición del paciente, o al tiempo, o a las circunstancias de la operación, presente un peligro marcado a la vida. También incluye remoción de cualquier glándula u órgano, remoción de tumores, amputaciones, fracturas de huesos, cirugía plástica y cualquier operación efectuada utilizando anestesia general. Serán también consideradas como cirugía mayor las cesáreas, las anexectomías y las amigdalectomías (tonsilectomías).

****Cirugía Menor:** Incluye las cirugías no clasificadas como Cirugía Mayor. También incluye: (a) Procesos obstétricos no considerados como Cirugía Mayor, (b) La asistencia a otros médicos en cirugías a pacientes propios.

*****Biopsia por Punción:** Incluye pulmones, hígado, riñones y próstata, pero no incluye médula ósea.

******Caterización:** No incluye (a) Inserción ocasional y por emergencia de catéteres para registrar presión o marcapasos temporales, (b) Caterización de la uretra, y (c) Cauterización del cordón umbilical para propósitos de diagnóstico, o para monitorear gases en la sangre de recién nacidos que están recibiendo oxígeno.

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. Se firman dos ejemplares de un mismo tenor y a un sólo efecto, quedando una copia en poder del Asegurable.

Queda convenido que, si se concreta un contrato de seguro, este cuestionario formará parte integrante del mismo. El Asegurado tiene el deber de avisar a la compañía de seguros dentro de las 72 horas de toda modificación en la información aquí declarada, quedando sujeto a la Cláusula de Reticencia y la Cláusula de Agravación del Riesgo de las condiciones Generales de Póliza.

Lugar y fecha: Santa Marta, Magdalena 26 enero 2026

Daniela Castaño H.

Nombre

Firma