CUESTIONARIO DE RESPONSABILIDAD CIVIL
PARA SERVIDORES PUBLICOS

Nombre de la Entidad: MUNICIPIO DE PÁCORA

Objeto Social: PROMOVER, FINANCIAR O COFINANCIAR PROYECTOS DE INTERÉS MUNICIPAL Y EN ESPECIAL EJERCER COMPETENCIAS EN MATERIA DE SERVICIOS PÚBLICOS, VIVIENDA, SALUD, VÍAS, DEPORTE, CULTURA, JUSTICIA ETC.
Nit: 890.801.136-1

Tiempo durante el cual se encuentra desarrollando su actual actividad: DESDE SU CREACION 12 DE OCTUBRE DE 1832

Sumas aseguradas a cotizar: $250.000.000

RELACION DE CARGOS A ASEGURAR

CARGO	CANTIDAD
ALCALDE	1
SECREATRIO GENERAL Y DE GOBIERNO	1
SECRETARIA DE PLANEACION Y DESARROLLO ECONOMICO	1
SECRETARIO DE INFRAESTRUCTURA	1
DIRECTORA LOCAL DE SALUD	1
SECREATRIA DE DESARROLLO SOCIAL	1
SECRETARIA DE HACIENDA	1
JEFE DE CONTROL INTERNO	1
PERSONERIA	1

Ha tenido cambios de denominación durante los últimos cinco (5) años ?
SI___ NO _X__ . En caso afirmativo dar detalles

La estructura del Capital Social ha sufrido modificaciones.?
SI___ NO __X . En caso afirmativo dar detalles

Ha tenido lugar alguna adquisición, fusión, absorción, etc. De otras empresas ?
SI___ NO __X_ . En caso afirmativo dar detalles

En la actualidad considera la posibilidad de alguna fusión, adquisición, etc. de otras empresas ?
SI___ NO __X_ . En caso afirmativo dar detalles

Existe en este momento alguna propuesta de la que tenga conocimiento la entidad, relacionada con su adquisición por otra empresa ?
SI___ NO _X__ . En caso afirmativo dar detalles

Se está estudiando o considerando la cotización en bolsa de las acciones de la empresa ?
SI___ NO _X__ . En caso afirmativo dar detalles

La empresa es una entidad pública__X _ o Mixta____ .?
(En caso de ser mixta, especificar el porcentaje de acciones en poder del Estado % y en poder del Sector Privado %)

La entidad se encuentra bajo la vigilancia o control de La **Contraloría, Personería, Procuraduría,** Fiscalía, Superintendencia, Empresas de Regulación, Otras Cuales ..?

El Capital Social de la Entidad:
Número total de accionistas __**N/A**_ Con derecho a Voto __**N/A**__ Sin derecho a Voto __**N/A**__

Relacione los Accionistas que posean al menos el 15% del capital social de la Entidad, identidad y porcentaje en cada caso y especificar si están representados en la junta directiva. Dar detalles **N/A**

Compañías filiales de la entidad, porcentaje de participación en aquellas. Para su información les indicamos que quedarán automáticamente incluidas en la póliza las Compañías Filiales cuyo porcentaje de participación sea superior al 50%, si facilitan balances consolidados **N/A**

Se ha adquirido o vendido filiales o subsidiarias durante los últimos 18 meses ?
SI___ NO _**X**__ . En caso afirmativo dar detalles

La entidad en el momento tiene seguro de Responsabilidad Civil Servidores Públicos o Directores y Administradores. ?
SI__**X**_ NO ___ . En caso afirmativo dar detalles

Tiene la Entidad o alguno de sus actuales directivos o altos cargos algún otro seguro amparando el riesgo que se propone.?
SI___ NO _**NO**__ . En caso afirmativo dar detalles

Ha rechazado o negado algún asegurador de la cobertura del riesgo a las personas para quienes actualmente se solicita.?
SI___ NO ___**X** . En caso afirmativo dar detalles

Ha existido o existe alguna reclamación, a alguna de las personas para las que se propone este seguro o alguna en relación al riesgo solicitado.
SI___ NO _**X**__ . En caso afirmativo dar detalles

Tiene alguna de las personas para las que se propone este seguro incluyendo aquellas personas propuestas en empresas subsidiarias o afiliadas, si fue aplicable, conocimiento de alguna circunstancia o incidente que pudiera dar lugar a la reclamación de un tercero.?
SI___ NO _**X**__ . En caso afirmativo dar detalles

Existe alguna calificación, comentario u observación contenida en el informe de los auditores externos o entidades de control sobre la compañía.
SI___ NO ___**X** . En caso afirmativo dar detalles

Existe alguna responsabilidad o aspecto extraordinario indicado dentro del informe financiero.
SI___ NO __**X**_ . En caso afirmativo dar detalles

El abajo firmante en calidad de representante legal de la entidad declara que acorde con su conocimiento, las declaraciones contenidas en esta solicitud son verdad. La firma de esta solicitud no obliga a lo formalización del seguro propuesto, pero se acuerda que esta solicitud se adjuntará y constituirá parte integrante de la póliza. Los aseguradores quedan autorizados a realizar cualquier indagación, consulta o solicitud de información que considere necesaria.

FIRMADO:

CARGO: ALCALDE MUNICIPAL

NOMBRE: JUAN CAMILO ISAZA GONZALEZ

FECHA: 16 DE ENERO DE 2026