Asociación Colombiana de Ciudades Capitales

CUESTIONARIO DE SOLICITUD DEL SEGURO RESPONSABILIDAD CIVIL PARA DIRECTORES Y ADMINISTRADORES

Cuestionario para ser estudiado por la compañía de seguros, en adelante denominado el ***Asegurador***. Por favor tenga presente que los Límites de Responsabilidad consagran un valor máximo y pueden agotarse totalmente por los Costos de Defensa. Cualquier deducible podrá igualmente reducirse o agotarse por los Costos de Defensa.

1. **Nombre de la Sociedad solicitante[1]:** **ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE CIUDADES CAPITALES - ASOCAPITALES**

   Nombre del Tomador del Seguro, en caso de ser distinto al anterior:

   N/A

2. **Domicilio Principal:** Bogotá, D.C.

3. **Fecha de constitución:** 31 de octubre de 2012

4. **Actividad(es) de la Sociedad y sus Sociedades Filiales o Subsidiarias y Sociedades Participadas[1]:**

   a) Brindar asesoría y apoyo técnico a los asociados.
   b) Gestionar soluciones a los problemas que determinen los asociados.
   c) Organizar y participar en reuniones, foros, seminarios y demás eventos que contribuyan al desarrollo de los asociados.
   d) Trabajar por la integración y el diálogo entre los asociados que sirvan en la interacción de ideas que contribuyan a la búsqueda de soluciones a las necesidades y desafíos que afronta cada ciudad y su entorno, promoviendo el uso de los mecanismos de integración dispuestos en la ley.
   e) Contribuir a espacios de intercambio de información y de experiencias exitosas sobre temas locales y regionales que contribuyan al desarrollo económico, social y ambiental de las ciudades y de cada región.
   f) Promover la consecución de recursos de cooperación o financiación, e identificar oportunidades para el desarrollo de proyectos que favorezcan los intereses de los asociados, y la sostenibilidad de la Asociación.
   g) Celebrar toda clase de contratos, convenios y acuerdos con entidades públicas, privadas, mixtas, nacionales, extranjeras e internacionales para el cumplimiento del objeto de la Asociación.
   h) Realizar cualquier otra actividad o función que contribuya al cumplimiento de su objeto, procurando la sostenibilidad financiera de la Asociación.

5. **Tipo de Sociedad:**
   Pública (Sector Estatal) Privada [ ] Mixta [ ] Cooperativa [ ] Sociedad sin ánimo de lucro [X]

6. Durante los últimos 5 años,

   A. ¿Se ha cambiado el nombre de la Sociedad? **Sí** [ ] **No** [X]

   B. ¿Se ha producido alguna fusión, adquisición o venta de la Sociedad o alguna de sus Sociedades Filiales o Subsidiarias?
   Sí [ ] **No** [X]

   C. ¿Ha cambiado la distribución del Capital Social? **Sí** [ ] **No** [X]

[1] Sociedad Filial o Subsidiaria es cualquier entidad de la que la Sociedad Asegurada controle directa o indirectamente:
   i) la mayoría de los derechos de votos, o
   ii) el derecho a nombrar o revocar la mayoría de los miembros de la Junta Directiva, Consejo de Administración u otros órganos de administración de la Sociedad Asegurada.
   iii) Sociedad Participada es cualquier entidad:
   iv) sin ánimo de lucro, o
   v) que no sea Sociedad Filial o Subsidiaria y en cuya Junta Directiva, Consejo de Administración, u otros órganos de gobierno, la Sociedad Asegurada mantenga alguna representación.

D. ¿Ha cambiado de empresa de auditoría? **Sí** [X] **No** [ ]

¿Quién es el auditor actual? AMÉZQUITA CÍA S.A.S.

---

7. A. ¿Se está considerando alguna fusión, adquisición o venta de la Sociedad o alguna de sus Sociedades Filiales o Subsidiarias y/o Sociedades Participadas?

Sí [ ] **No** [X]

B. ¿Existe actualmente alguna propuesta conocida por la Sociedad en relación con su adquisición por otra entidad?

Sí [ ] **No** [X]

C. ¿Ha anunciado públicamente la Sociedad alguna emisión de valores durante el próximo año?

Sí [ ] **No** [X]

D. ¿Está ó ha estado en los últimos 5 años en situación de quiebra, insolvencia, suspensión de pagos o causal de disolución?

Sí [ ] **No** [X]

EN EL CASO DE UNA RESPUESTA AFIRMATIVA A ALGUNA DE LAS PREGUNTAS 6 Y 7, POR FAVOR, EXPLIQUE DETALLADAMENTE EN UNA HOJA APARTE.

8. A. Nombre y porcentaje de participación de cualquier accionista propietario directa o indirectamente de más del 5% de las acciones ordinarias:

NOMBRE	% DE PARTICIPACIÓN
Alcaldía de Leticia	3,12
Alcaldía de Medellín	3,12
Alcaldía de Arauca	3,12
Alcaldía de Barranquilla	3,12
Alcaldía de Cartagena de Indias	3,12
Alcaldía de Tunja	3,12
Alcaldía de Manizales	3,12
Alcaldía de Florencia	3,12
Alcaldía de Yopal	3,12
Alcaldía de Popayán	3,12
Alcaldía de Valledupar	3,12
Alcaldía de Quibdó	3,12
Alcaldía de Montería	3,12
Alcaldía de Bogotá, D.C.	3,12
Alcaldía de Inírida	3,12
Alcaldía de San José del Guaviare	3,12
Alcaldía de Neiva	3,12
Alcaldía de Riohacha	3,12
Alcaldía de Santa Marta	3,12
Alcaldía de Villavicencio	3,12
Alcaldía de San Juan de Pasto	3,12
Alcaldía de San José de Cúcuta	3,12
Alcaldía de Mocoa	3,12
Alcaldía de Armenia	3,12
Alcaldía de Pereira	3,12
Alcaldía de San Andrés	3,12
Alcaldía de Bucaramanga	3,12

Alcaldía de Sincelejo	3,12
Alcaldía de Ibagué	3,12
Alcaldía de Cali	3,12
Alcaldía de Mitú	3,12
Alcaldía de Puerto Carreño	3,12

B. Acciones ordinarias de propiedad directa o indirecta de Administradores que no pertenecen a la junta directiva:

N/A

9. Indique detalladamente cualquier cambio en la lista de miembros de los órganos de administración y personal de alta dirección de la Sociedad desde la aprobación del último reporte anual, y detallando su domicilio, país de constitución y de registro, datos de inscripción en el correspondiente Registro Mercantil, y fecha de creación y/o de adquisición de su participación por la Sociedad.

N/A

A. Indique las Sociedades Filiales o Subsidiarias y Sociedades Participadas de la Sociedad:

	% PARTICIPACIÓN	ACCIONISTAS MINORITARIOS	VENTAS DEL ULTIMO EJERCICIO	UTILIDAD DEL ULTIMO EJERCICIO	DESEA QUE SE EXTIENDA LA COBERTURA A LOS DIRECTORES Y ADMINISTRADORES DE ESTAS SOCIEDADES
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

Por favor completar en una hoja aparte si fuera necesario.

B. Informar el listado actual de las entidades sin ánimo de lucro en las cuales algún director o administrador del Asegurado participe o tenga de cualquier forma injerencia en las decisiones de dicha entidad y/o haga parte de la Junta Directiva.

NOMBRE	VENTAS DEL ULTIMO EJERCICIO
N/A	N/A
N/A	N/A
N/A	N/A
N/A	N/A
N/A	N/A

C. **¿La Sociedad y sus Sociedades Filiales o Subsidiarias y Sociedades Participadas (*)** tienen algún interés o participación en algún Joint Venture y/o Unión Temporal y/o Consorcio?

Sí ☐ **No** X

Si su respuesta es afirmativa, favor informar qué porcentaje de participación tiene en cada uno de los anteriores:

NOMBRE	% DE PARTICIPACIÓN
N/A	N/A
N/A	N/A
N/A	N/A

N/A	N/A
N/A	N/A

D. ¿Alguna de las Sociedades Filiales o Subsidiarias y/o Participadas, actuales o anteriores, está o ha estado en los últimos 5 años en situación de quiebra, insolvencia, suspensión de pagos o causal de disolución?

Si [ ] No [X]

10. ¿Existe cualquier hecho o circunstancia del cual tenga conocimiento la Sociedad, cualquiera de sus Sociedades Filiales o Subsidiaras y/o Sociedades Participadas, o cualquier persona para la que se solicita este seguro y que puedan dar lugar a una Reclamación o Investigación por parte de cualquier organismo competente en su contra?:

Si [ ] **No** [X]

En el caso de una respuesta afirmativa, describa en detalle tales hechos o circunstancias:

N/A

Por favor, tenga presente que cualesquiera hechos o circunstancias de la índole mencionada en la pregunta 11, aunque no fueran divulgados en la respuesta correspondiente, están excluidos (junto con cualquier reclamo basado en los mismos) de la cobertura de cualquier póliza de seguros emitida con base en este cuestionario.

11. A. Indique si la Sociedad o cualquiera de sus Sociedades Filiales o Subsidiaras y/o Sociedades Participadas o alguna de las personas para las que se solicita este seguro se ha visto alguna vez afectada por una demanda, reclamación o sanción en su contra o por una investigación por parte de cualquier autoridad competente:

Sí [ ] **No** [X]

B. Indique si la Sociedad o cualquiera de sus Sociedades Filiales o Subsidiarias y/o Sociedades Participadas o alguna de las personas para las que se solicita este seguro ha recibido alguna vez una demanda, reclamación o sanción en su contra **por daños al medio ambiente o por infracción, real o supuesta, de cualquier normativa ambiental:**

Sí [ ] **No** [X]

En caso de respuesta afirmativa en los puntos anteriores A o B, favor de indicar a continuación:

C. Los detalles del asunto, incluyendo un resumen de las alegaciones, el monto reclamado, la resolución y la forma como fue resuelto o tramite actual del caso:

N/A

Por favor completar en una hoja aparte si fuera necesario.

D. Si dicha reclamación o investigación se llegó a hacer pública en algún medio de comunicación, indique los detalles de la publicación y el alcance de la misma:

Por favor completar en una hoja aparte si fuera necesario.

N/A

12. Si la Sociedad, alguna de sus Sociedades Filiales o Subsidiarias / Sociedades Participadas, alguno de los administradores, personal de alta dirección, o cualquier otra persona para la que se solicita el presente seguro, tiene o ha tenido cobertura de responsabilidad civil para directores y administradores bajo otra póliza de seguro, se ruega indicar:

N/A

a) Nombre de la Compañía Aseguradora:

b) Límite de indemnización: N/A

c) Fecha de vencimiento/cancelación N/A

d) Nombre de los miembros de la Junta Directiva o Consejo Directivo (principales y suplentes) Ver anexo

NOMBRE	PROFESIÓN	EXPERIENCIA
N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A

. 14. Límite de Indemnización solicitado: N/A

LAS PREGUNTAS 15, 16 Y 17 SOLO DEBERÁN SER CONTESTADAS SI LA SOCIEDAD O CUALQUIERA DE SUS SOCIEDADES FILIALES POSEEN ACTIVOS O HAN EMITIDO CUALQUIER CLASE DE TÍTULOS EN LOS ESTADOS UNIDOS DE AMERICA, SUS TERRITORIOS O POSESIONES, O CUALQUIER OTRO TERRITORIO BAJO LA JURISDICCIÓN DE LOS ANTERIORES (EN ADELANTE "NORTEAMÉRICA").

15. Por favor, indique el total de activos brutos de la Sociedad y de sus Sociedades Filiales o Subsidiarias en Norteamérica:

N/A

16. A. Por favor, enumere las Sociedades Filiales o Subsidiarias en Norteamérica que no sean en su totalidad propiedad de la Sociedad, así como el porcentaje que la Sociedad posee de cada una:

NOMBRE	% DE PARTICIPACIÓN
N/A	N/A
N/A	N/A
N/A	N/A

B. En cada Sociedad Filial o Subsidiaria, ¿quiénes son los accionistas minoritarios?

NOMBRE	ACCIONISTAS MINORITARIOS
N/A	N/A
N/A	N/A
N/A	N/A

17. La Sociedad o Alguna Sociedad Filial o Subsidiaria:

A. ¿Posee o ha emitido acciones, participaciones u obligaciones en Norteamérica?

Sí [ ] **No** [X]

B. Si la respuesta 17. A es afirmativa, ¿en qué fecha se realizó la última emisión, en que bolsa cotiza, y cuál es el/los símbolos(s) bursátil(es)?

N/A

C. Si la respuesta 17.A es afirmativa, indique en detalle el total de capital u obligaciones / deuda emitida por la sociedad o alguna sociedad filial en Norteamérica. Indique la cantidad, el mercado y la fecha del vencimiento. (En USD)

N/A

18. Indique el Período de Seguro que se desea:

00:00 del 16 de marzo de 2026 al 00:00 del 16 de marzo de 2027

19. POR FAVOR ADJUNTAR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN ADICIONAL:

A. Estados Financieros Auditados del último año con sus notas (preferiblemente informe de gestión)
B. Copia del último estado financiero provisional (si es aplicable).

El que firma, quien es el apoderado o representante de la persona(s) y la compañía(s) propuesta(s) para este seguro, declara haber contestado con toda veracidad a las preguntas que figuran en el presente cuestionario de solicitud sobre la base de su mejor conocimiento, entendimiento y razonable investigación no habiéndose ocultado ninguna circunstancia que pueda afectar al seguro que se solicita.

Si tales circunstancias existen, se aplicarán estrictamente las normas vigentes sobre el particular y cualquier reclamación u otro evento sujeto a la cobertura aquí solicitada que resulte de tales circunstancias será excluido de dicha cobertura.

El que suscribe declara conocer y aceptar que la firma de este cuestionario de solicitud no compromete al Asegurador a formalizar el contrato de seguro, que sólo será operante cuando sea emitida la Póliza, comprometiéndose el solicitante a informar al Asegurador de cualquier alteración relevante que tenga lugar antes de la emisión de la correspondiente Póliza. El que suscribe reconoce que este cuestionario de solicitud y sus anexos (incluyendo, pero no limitándose a la información solicitada en numeral 19, anterior) serán la base del contrato correspondiente de expedirse una Póliza, y se presumirán anexas a, y parte de, la Póliza. Asimismo, autoriza expresamente al Asegurador para llevar a cabo cualquier investigación o solicitud de informes en conexión con esta solicitud y en la medida que discrecionalmente el Asegurador entienda conveniente o necesaria.

El que firma, quien es el apoderado y representante de la persona(s) y la compañía(s) propuesta(s) para este seguro, declara que tal persona(s) y compañía(s) entienden que dicho seguro:

(1) aplica sólo a "Reclamaciones" presentadas o reconocidas como presentadas durante el "Período de la Póliza" o cualquier Período Ampliado de Denuncia;
(2) a no ser que se establezca lo contrario en cualquier póliza de seguro que eventualmente podría emitirse con base en el presente cuestionario, los "Gastos de Defensa" reducirán y podrían consumir el Limite(s) de Responsabilidad aplicable y la Compañía no será responsable por esa parte de los "Gastos de Defensa" o pérdidas que excedan tal Límite(s) de Responsabilidad, y
(3) cualquier deducible establecido en la póliza de seguro mencionada en el párrafo anterior aplicará a los "Gastos (costos) de Defensa" y a los demás elementos de cualquier pérdida cubierta por tal póliza.

El que firma se compromete a informar al Asegurador de cualquier modificación de la información aquí indicada que pueda producirse desde el momento de la firma del presente cuestionario hasta la entrada en vigor de la posible póliza

a emitir. La ausencia de esta obligación provocará la posible nulidad de cobertura.

Fecha de Suscripción: 19 de febrero de 2026.

Andrés Santamaria Garrido
Director General
Asociación Colombiana de Ciudades Capitales – ASOCAPITALES

Proyecto:	Diego Humberto Castañeda Tovar Profesional de Apoyo - Líder de Gestión Contractual – ASOCAPITALES	
Aprobó:	Nicolás Otero Álvarez Director Jurídico de Seguimiento, Análisis Normativo y Defensa Territorial	
Aprobó:	Lady Jasmín Gélvez Pérez Directora Administrativa, Financiera y Gestión Humana	