

## FORMULARIO DE RESPONSABILIDAD CIVIL SERVIDORES PUBLICOS

Este cuestionario es para pólizas relacionadas exclusivamente con reclamaciones presentadas contra el asegurado durante el período de vigencia de dicha póliza.

Por favor diligencie todas y cada una de las siguientes preguntas que se le hacen ya que **este cuestionario constituirá parte de la póliza.**

1. Nombre de la empresa, objeto social, tiempo durante el cual se encuentra desarrollando su actual actividad.

Adjuntar, relación completa de los asegurados donde se establezca, nombre, cargo, antigüedad en la empresa y funciones.

Limite Assegurado:

2. Relacione los cargos que desea asegurar

**Cargo**

**Nombre**

GERENTE

SECRETARIO GENERAL

SUBGERENTE FINANCIERO

SUBGERENTE PROTECCION SOCIAL

JEFE DE LA OFICINA DE BIENES INMUEBLES

JEFE DE LA OFICINA JURIDICA

JEFE DE LA OFICINA DE PLANEACIÓN

TESORERO GENERAL

PROFESIONAL UNIVERSITARIO CON FUNCIONES DE CONTABILIDAD

PROFESIONAL UNIVERSITARIO CON FUNCIONES DE ALMACEN



3. Durante los últimos cinco años:

a) Ha cambiado la denominación de la Compañía?

SI \_\_\_\_\_ NO   X

En caso afirmativo, dar detalles:

---

---

b) La estructura del capital social ha sufrido modificaciones?

SI \_\_\_\_\_ NO X

En caso afirmativo, dar detalles:

---

---

c) Ha tenido lugar alguna adquisición, fusión, absorción, etc. de otras empresas?

SI \_\_\_\_\_ NO X

En caso afirmativo, dar detalles:

---

---

4. a) Considera actualmente la posibilidad de alguna fusión, adquisición, etc. de otras empresas?

SI \_\_\_\_\_ NO X

En caso afirmativo, dar detalles:

---

---

b) Existe en este momento alguna propuesta, de la que tenga conocimiento la empresa relacionada con su adquisición por otra empresa?

SI \_\_\_\_\_ NO X

En caso afirmativo, dar detalles:

---

---

c) Se está estudiando o considerando la cotización en bolsa de las acciones de su empresa?

SI \_\_\_\_\_ NO X

En caso afirmativo, dar detalles:

## 5. Es la Compañía:

a)   X   Pública        Mixta

En caso de ser Mixta especificar el porcentaje de acciones así:

En poder del Estado \_\_\_\_\_  
En Poder del sector privado \_\_\_\_\_

**6. Capital social de la Compañía:**

a) Número total de accionistas: N/A

Con derecho a voto: \_\_\_\_\_ N/A \_\_\_\_\_  
Sin derecho a voto: \_\_\_\_\_ N/A \_\_\_\_\_

b) Sociedades que posean al menos el 15% del capital social de la empresa, identidad y porcentaje en cada caso, y especificar si están representados en el consejo. Dar detalles.

c) Compañías filiales de la empresa, porcentaje de participación en aquellas. Para su información, les indicamos que quedaran automáticamente incluidas en la póliza las compañías filiales cuyo porcentaje de participación sea superior al 50%, si facilitan balances consolidados?

**7. Se ha adquirido o vendido filiales o subsidiarias durante los últimos 18 meses?**

SI	NO	N/A
----	----	-----

En caso afirmativo, dar detalles

¿Tiene la empresa en el momento Seguro de Responsabilidad Civil Servidores públicos o directores administradores? SI X NO

En caso afirmativo especifique,

Vigencia:

Límite Asegurado:

Compañía de Seguros:

¿Tiene la empresa o alguno de sus actuales directivos o altos cargos algún otro seguro amparando el riesgo que se propone?

SI \_\_\_\_\_ NO   X  

En caso afirmativo dar detalles: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Ha rechazado o ha denegado algún asegurador la cobertura del riesgo a las personas para quienes actualmente se solicita?

SI \_\_\_\_\_ NO   X  

En caso afirmativo dar detalles: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**8.** ¿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: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**9.** ¿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: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**10.** Indiquen si hay:

a) Alguna calificación, comentario u observación contenida en el informe de los auditores externos sobre la compañía, si es aplicable:

---

---

b) alguna responsabilidad o aspecto extraordinario indicado dentro del informe financiero.

SI\_\_\_ NO\_\_X\_\_

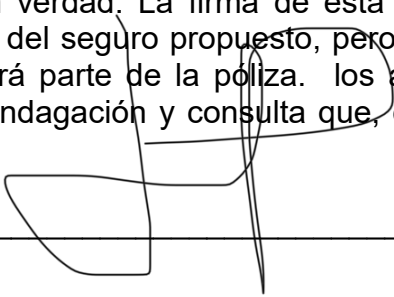
En caso afirmativo, especifique

---

---

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

**Firmado**



---

**Cargo**

GERENTE GENERAL

**Nombre**

LAURA ALEJANDRA FRAILE PULGARIN

**Fecha**

9 DE JUNIO DE 2026

**\* Es importante que el alto cargo que firme esta declaración tenga un buen conocimiento del ámbito de esta cobertura para que las preguntas sean contestadas correctamente.**

Listado de documentos obligatorios que se deben adjuntar:

- Balance General comparativo dos últimos años de ejercicio
- Organigrama general de la Entidad.

Los aseguradores, están además autorizados para solicitar cualquier otra información que consideren necesaria y en conexión con este seguro.