

SEGURO DE RESPONSABILIDAD PARA SERVIDORES PÚBLICOS

Amparar los perjuicios causados a terceros y/o a la entidad a consecuencia de acciones u omisiones imputables a uno o varios funcionarios que desempeñen los cargos asegurados así como los gastos u honorarios de abogados y costos judiciales en que incurran los asegurados para su defensa como consecuencia de cualquier investigación o proceso iniciado(s) por cualquier organismo de control, se incluye pero sin estar limitado a: procesos disciplinarios, Administrativos, Civiles, Penales, Responsabilidad Fiscal

FORMULARIO DE SOLICITUD PARA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PARA SERVIDORES PÚBLICOS

Este cuestionario es para pólizas relacionadas exclusivamente con reclamaciones presentadas contra el Asegurado durante el periodo de la vigencia de dicha póliza.

Por favor diligencie todas y cada una de las siguientes preguntas, toda vez **este cuestionario se constituye como parte de la póliza.**

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

FONDO DE PREVISION SOCIAL DEL CONGRSO DE LA REPUBLICA
NIT: 899999734-7

Fue creado por la Ley 33 del 29 de enero de 1985.

OBJETO: El Fondo de Previsión Social del Congreso de la República tiene por objeto primordial el reconocimiento y pago de las pensiones y cesantías de los Congressistas, de los empleados del congreso y del mismo Fondo.

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

Cargo	Nombre	Documento	Antigüedad en la empresa	Funciones
Director General de Entidad Descentralizada	Cortes Callejas Luis Enrique	79.132.211	31-jul-92	Se anexa Manual de Funciones, Resolución No.0020 del 17 de enero de 2025
Subdirector General de Entidad Descentralizada - Subdirección Administrativo y Financiero	Lopez Jimenez Martha Fabiola	51.890.293	1-abr-05	Se anexa Manual de Funciones, Resolución No.0020 del 17 de enero de 2025
Subdirector General de Entidad Descentralizada - Subdirección de Prestaciones Económicas	Parra Gonzalez Gonzalo	6.008.046	27-sep-24	Se anexa Manual de Funciones, Resolución No.0020 del 17 de enero de 2025
Jefe Oficina Asesora Jurídica	Forero Nuñez Rafael Enrique	80.127.531	10-abr-25	Se anexa Manual de Funciones, Resolución No.0020 del 17 de enero de 2025
Coordinador Grupo Interno de Trabajo Gestión de Tesorería	Lopez Jimenez Martha Fabiola	51.890.293	1-abr-05	Se anexa Manual de Funciones, Resolución No.0020 del 17 de enero de 2025

3. Indicar las sumas aseguradas requeridas:

Alternativa 1: \$500.000.000,00

4. Durante los últimos 5 años:

a) ¿Ha cambiado la denominación de la compañía?

Si _____ No X

En caso afirmativo favor dar detalles:

b)

c) ¿La estructura de capital social ha sufrido modificaciones?

Si _____ No X

En caso afirmativo favor dar detalles

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

Si _____ No X

En caso afirmativo favor dar detalles

5.

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

Si _____ No X

En caso afirmativo favor dar detalles

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

Si _____ No X

En caso afirmativo favor dar detalles

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

Si _____ No X

En caso afirmativo favor dar detalles

6. ¿Es la compañía:

a) Pública X

b) Mixta _____

c) Privada _____

En caso de ser mixta, favor informar el porcentaje de acciones así:

En poder del Estado _____

En poder del sector privado _____

7. Capital Social de la Compañía:

a) Número total de accionistas: N/A

Con derecho a voto _____

Sin derecho a voto _____

b) Sociedades que posean más del 15% del capital social de la empresa. Favor indicar su identidad y porcentaje en cada caso y si tienen representación en el Concejo. Suministrar detalles.

N/A

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

N/A

8. ¿Se han adquirido o vendido filiales o subsidiarias durante los últimos 18 meses?

Si X No X

En caso afirmativo favor dar detalles:

9. ¿Tiene la Entidad actualmente Póliza de Responsabilidad Civil Servidores Públicos?

Si X No _____

En caso afirmativo favor dar detalles sobre:

Vigencia: Desde 25-05-2025 a las 00:00 hasta el 24-08-2026 a las 00:00

Limite Asegurado: \$500.000.000,00

Compañía de Seguros: La Previsora S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS

10. ¿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 favor dar detalles

11. ¿Se le ha rechazado o denegado por parte de algún asegurador la cobertura a las personas para las que actualmente se solicita?

Si _____ No X

En caso afirmativo favor dar detalles

12. ¿Ha existido o existe alguna reclamación, respecto de alguna de las personas para las que se propone este seguro o alguna con relación al riesgo solicitado?

Si ☐ No ☒

En caso afirmativo favor dar detalles

13. ¿Tiene alguna de las personas para las que se propone este seguro, incluyendo aquellas personas propuestas en empresas subsidiarias o afiliadas, si es aplicable, conocimiento de alguna circunstancia o incidente que pudiera dar lugar a la reclamación de un tercero?

Si ☐ No ☒

En caso afirmativo favor dar detalles

14. Favor indicar si hay:

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

NO

b) Alguna responsabilidad aspecto extraordinario indicado dentro del informe financiero.

NO

En caso afirmativo, favor suministrar copia del informe.

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

Dado en Bogotá a los diez (10) días del mes de julio de 2026

Firma MARTHA F. LOPEZ J
MARTHA FABIOLA LOPEZ JIMENEZ
Directora General (E)
Fondo de Previsión Social del Congreso de la República

Diligenció: Nubia Esperanza Morales Diaz – Coordinadora GIT Gestión Bienes y Servicios y de Presupuesto

