CUESTIONARIO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PARA SERVIDORES PUBLICOS

PROPOSAL FORM

Introduce el texto aquí

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 integrante de la póliza.**

1. Nombre de la entidad: Municipio de San Martin de los Llanos

2. Objeto Social:

3. Fundada, o tiempo durante el cual ha desarrollado la actividad:

4. Relación completa de los **CARGOS ASEGURADOS** donde se establezca, nombre del funcionario que lo ejerce, antigüedad en la entidad estatal y funciones.

Alcalde Municipal
Secretaria de despacho de gobierno
Comisaria de familia
Inspector de policia
Director administrativo de tesoreria
Director financiero de Impuestos
Director financiero de presupuesto
Secretaria de despacho de contratacion
Secretaria de despacho de planeacion
Director administrativo de control interno
Director administrativo de salud y programas sociales
Director operativo de Almacen
Coordinador de vivienda Municipal
Secretaria de despacho de obras publicas

En caso de necesitar más espacio para relacionar el personal asegurado, por favor adjunte hoja anexa.

5. Sumas aseguradas a cotizar:

		Valores Asegurados
Alternativa	**1**	**$ 250.000.000**
Alternativa	**2**	**$ 250.000.000**
Alternativa	**3**	**$ 250.000.000**
Alternativa	**4**	

6. Durante los últimos cinco (5) 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:

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

SI _____ NO X_____

En caso afirmativo, dar detalles:

e.) 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:

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

SI _____ NO X_____

En caso afirmativo, dar detalles:

7. Es la Compañía:

a) X_____ Pública
b) _____ Mixta

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

En poder del Estado _____ N.A.
En Poder del Sector Privado _____

8. Capital social de la Compañía:

a.) Número total de accionistas: _____N.A.

Con derecho a voto: _____
Sin derecho a voto: _____

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?

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

SI _____ NO X_____

En caso afirmativo, dar detalles:

10. Tiene la empresa en el momento Seguro de Manejo Global?

SI X_____ NO _____

En caso afirmativo, especifique,
Fecha de Vigencia: Desde 18/09/2025 Hasta 18/09/2026

Limite Asegurado en Cop $ _____
Compañía de Seguros _____

11. 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:

_____
_____
_____
_____

12. 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:

_____
_____
_____
_____

13. 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:

_____
_____
_____
_____

14. 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:

_____
_____

15. Indique si hay:

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

NO

y/o

b) Alguna responsabilidad o 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 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 German Ramirez

Cargo **ALCALDE MUNICIPAL**

Nombre **JOHN GREMAN RAMIREZ HERNANDEZ**

Fecha **6 DE JULIO DE 2026**

Listado de documentos obligatorios, que se deben adjuntar:

- Balance General comparativo, de los dos últimos años de ejercicio
- Informe del Revisor Fiscal, o entidad que haga sus veces, del último año de ejercicio.
- Copias de las dos ultimas Memorias de la Empresa.
- Organigrama General de la Empresa.