

FORMULARIO CUESTIONARIO RESPONSABILIDAD CIVIL PARA SERVIDORES PÚBLICOS

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

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 entidad, objeto social, tiempo durante el cual ha desarrollado su actividad actual.

CONCEJO MUNICIPAL DE CHIA NIT 900.233.350-8

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

RELACION DE FUNCIONARIOS POLIZA DE REponsabilidad CIVIL SERVIDORES PUBLICOS		
VALOR ASEGURADO	\$	100.000.000,00
PERSONA	\$	80.000.000,00
EVENTO	\$	80.000.000,00

CONCEJO MUNICIPAL DE CHIA		
RELACION DE ASEGURADOS		
Item-	NOMBRE FUNCIONARIO	CARGO
1	Yuli Alexandra Choconta Muñoz	DIRECTORA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA
2	Geovanni Castro Salgar	CONTROL INTERNO
3	Fabiola Gil Herrera	TESORERO
4	Javier Fagua Rivera	TECNICO ADMINISTRATIVO (JEFE DE ALMACEN)
5	Sofía Narváez Gaitán	JEFE OFICINA ASESORA DE PRENSA Y COMUICACIONES
6	Edgar Francisco Salgado García	CONCEJAL- PRESIDENTE
7	Javier Enrique Moreno Forero	CONCEJAL- 1ER VICEPRESIDENTE
8	Luis Felipe Galvis Ramos	CONCEJAL- 2DO VICEPRESIDENTE
9	Jesus Alberto Rueda Garzón	CONCEJAL
10	Luis Enrique Díaz Santiesteban	CONCEJAL
11	Laura Giselle García Melo	CONCEJAL
12	Natalia Gil Loaiza	CONCEJAL
13	Iván Darío Jiménez la Rotta	CONCEJAL
14	Angelica Librada Montañez Sánchez	CONCEJAL
15	Claudia Marcela Pedraza Camero	CONCEJAL
16	John Alexander Robayo Alarcón	CONCEJAL
17	Jorge Hernán Salazar Gordillo	CONCEJAL
18	Víctor Fernando Torres Moreno	CONCEJAL
19	Javier Ernesto Valdivieso Fonseca	CONCEJAL
20	Eduardo Ramírez Barrios	CONCEJAL

3. Indicar las sumas aseguradas a cotizar:

Valores Asegurados

Alternativa 1 \$100.000.000

4. Relacione los nombres de los funcionarios que ocupan actualmente los cargos que desea asegurar



Cargo Nombre del funcionario Actual

Ver Relación punto 2

5. Durante los últimos cinco años:

a) Ha cambiado la denominación de la Compañía?

SI ____ NO ____ X ____

En caso afirmativo, dar detalles:

N/A

b) La estructura del capital social ha sufrido modificaciones?

SI ____ NO ____ X ____

En caso afirmativo, dar detalles:

N/A

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

SI ____ NO ____ X ____

En caso afirmativo, dar detalles:

N/A

6. a) ¿Considera actualmente la posibilidad de un cambio en la estructura del capital social, alguna fusión, adquisición, etc. de otras empresas?

SI ____ NO ____ X ____

En caso afirmativo, dar detalles:

N/A

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:

N/A

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

SI ____ NO ____ X ____

En caso afirmativo, dar detalles:

N/A

7. Es la Compañía:



Kr 7a #11-25 | Concejo Municipal de Chía | C.A.M



contactenos@concejomunicipalchia.gov.co



(601) 8844444 EXT 8010



@Concejodechia

www.concejomunicipalchia.gov.co



- a) ☒ 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
N/A

8. 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.

N/A

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 ☒

En caso afirmativo, dar detalles

N/A

10. a). ¿Indique el ámbito territorial en el cual la entidad desarrolla sus actividades?

TERRITORIO NACIONAL

b). ¿Tiene la entidad actividades en Norte América? NO

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

SI NO ☒

En caso afirmativo dar detalles:

N/A

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

SI NO ☒

En caso afirmativo dar detalles:

N/A

13. Ha existido alguna reclamación en contra de alguna de las personas o cargos para las cuales se solicita este seguro o en relación con el riesgo asegurado? NO

14. ¿Tiene alguno de los beneficiarios conocimiento de investigaciones formales vigentes en su contra, adelantadas por algún



organismo de control?

SI _____ NO X

15. ¿Tiene conocimiento de alguna circunstancia o incidente que pudiera dar lugar a reclamación de un tercero?

SI _____ NO X

16. Favor indicar si la compañía o entidad estatal:

a) Ha dejado alguna vez de cumplir con sus obligaciones con respecto a sus deudas, convenios o créditos durante los tres últimos años?

SI _____ NO X

b) alguna vez ha recomprado sus propias acciones por un precio en exceso del valor del mercado? N/A

SI _____ NO X

c) Ha cambiado durante los últimos cinco años los auditores externos (¿si es aplicable?)

SI _____ NO X

d) Ha solicitado y/o emitido durante los últimos 10 meses o esté considerando para los próximos 12 meses, una solicitud y/o emisión para una oferta pública de los valores o acciones (comunes u otras).

SI _____ NO X

Si la respuesta a alguna de las preguntas arriba expuestas es afirmativa proporcione los detalles completos.

17. Indique si hay:

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

El Concejo es supervisado por las Entidades de control del Estado, a cuyos informes se le ha dado respuesta a satisfacción

b) alguna responsabilidad o aspecto extraordinario indicado dentro del informe financiero. _____ NO

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

Nombre **EDGAR FRANCISCO SALGADO GARCIA**

Cargo **PRESIDENTE CONCEJO MUNICIPAL DE CHIA CUNDINAMARCA**

Nota: Los Estados Financieros de la Entidad son de carácter público se pueden consultar en la página de la Entidad a quien los necesite, sin embargo, estamos publicando los Estados Financieros con corte a **31-12-2025**

