

CUESTIONARIO DE 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.

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.

Nombre de la Entidad: Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES.

Objeto Social: La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud ADRES es una entidad pública, adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social, creada para gestionar y administrar los recursos financieros del sistema de salud colombiano, a través del recaudo, el reconocimiento y giro de los mismos con el propósito de soportar la prestación de los servicios de salud a los habitantes del territorio nacional, contribuyendo a la transparencia y sostenibilidad financiera y generando seguridad, confianza y certidumbre a los grupos de valor e interés.

2. Relacione los cargos que desea asegurar

Cargo que se pretenden asegurar y número de funcionarios:

ITEM	CARGO	DEPENDENCIA
1	Director General	Director General
2	Miembro de Junta Directiva	Junta Directiva
3	Miembro de Junta Directiva	Junta Directiva
4	Miembro de Junta Directiva	Junta Directiva
5	Miembro de Junta Directiva	Junta Directiva
6	Miembro de Junta Directiva	Junta Directiva
7	Director Técnico	Dirección de Gestión de los Recursos Financieros de la Salud
8	Director Técnico	Dirección de Liquidación y Garantías
9	Director Técnico	Dirección de Otras Prestaciones
10	Director Técnico	Dirección de Gestión de Tecnologías de Información y Comunicación
11	Director Técnico	Dirección Administrativa y Financiera
12	Jefe de Oficina	Oficina Asesora de Planeación y Control de Riesgo
13	Jefe de Oficina	Oficina Asesora Jurídica
14	Jefe de Oficina	Oficina de Control Interno
15	Subdirector Técnico	Subdirección de Liquidaciones y Aseguramiento
16	Subdirector Técnico	Subdirección de Garantías
17	Coordinador Grupo Interno de Gestión Financiera Interna	Dirección Administrativa y Financiera
18	Gestor de Operaciones - Gestión de Pagos	Dirección Administrativa y Financiera
19	Coordinador Grupo Interno de Gestión de Pagos y Portafolio	Dirección de Recursos Financieros de la Salud
20	Gestor de Operaciones Grupo Interno de Gestión de Pagos y Portafolio	Dirección de Recursos Financieros de la Salud
21	Asesor o Gestor de Operaciones	Asesor Dirección General líder equipo supervisor
22	Asesor	Asesor Dirección general delegado ante comité de conciliación y Supervisor del Contrato de Auditoría.
23	Coordinador Grupo Gestión Contable	Dirección de Recursos Financieros de la Salud
24	Coordinador Grupo de Gestión de Contratación	Dirección Administrativa y Financiera
25	Coordinador Régimen Contributivo y Rex	Dirección de Liquidaciones Y Garantías
26	Coordinador Grupo de Reintegro de Recursos	Dirección de Liquidaciones Y Garantías
27	Coordinador del Grupo de Régimen Subsidiado	Dirección de Liquidaciones Y Garantías
28	Coordinador Grupo de Gestión Administrativa y Documental	Dirección Administrativa y Financiera
29	Coordinador Grupo Gestión Estratégica del Talento Humano	Dirección Administrativa y Financiera

30	Coordinador Grupo Interno de verificación y auditoría de cuentas	Dirección de Otras Prestaciones
31	Coordinador Grupo Interno de Gestión de Reconocimientos	Dirección de Otras Prestaciones
32	Coordinador Grupo Interno de Validación de Resultados de Auditora	Dirección de Otras Prestaciones
33	Coordinador Grupo Acciones Constitucionales y de Tutelas	Oficina Asesora Jurídica

3. Durante los últimos cinco años:

a) Ha cambiado la denominación de la Compañía?

SI _____ NO ☒ _____

En caso afirmativo, dar detalles:

b) La estructura del capital social ha sufrido modificaciones?

SI _____ NO ☒ _____

En caso afirmativo, dar detalles:

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

SI _____ NO ☒ _____

En caso afirmativo, dar detalles:

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

SI _____ NO ☒ _____

En caso afirmativo, dar detalles:

b) Existe en este momento alguna propuesta de la que se tenga conocimiento, relacionada con la adquisición por otra empresa o se está estudiando cotizar en bolsa las acciones de la Entidad Asegurada?

SI _____ NO ☒ _____

En caso afirmativo, dar detalles:

5. Es la Compañía:

a) ☒ Pública

b) ☐ Mixta

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

En poder del Estado _____

En poder del sector privado _____

6. a) 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/Junta Directiva. Dar detalles.

ADRES	100%	Junta Directiva
-------	------	-----------------

b) La Entidad Asegurada cuenta con Compañías filiales, informar porcentaje de participación en cada una de ellas. 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

No Aplica

Nombre de la Sociedad	% de participación

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

SI ☐ NO ☒

En caso afirmativo, dar detalles

--

8. ¿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:

En caso afirmativo especifique,

--

9. ¿La entidad tiene un ente interno que realiza Investigaciones Disciplinarias Internas?

SI ☒ NO ☐ En caso afirmativo dar detalles:

Las investigaciones la realizan al interior la oficina de control interno disciplinario.

10. ¿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:

11. ¿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 ☐

En caso afirmativo dar detalles:

Ver anexo de siniestralidad

12. ¿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 ☒

13. Indiquen si hay:

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

No hay

y/o

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

No hay

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

Gestor de Operaciones – Coordinador Grupo de Gestión
Administrativa y Documental

Nombre

NELSON SANTOS ANDRADE

Fecha

19/08/2026

* 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. En caso de duda rogamos contactarnos, puesto que la no divulgación de información puede afectar a los derechos del asegurado o puede anular la póliza.

- Listado de documentos obligatorios que se deben adjuntar:
 - Balance General comparativo dos últimos años de ejercicio
 - Informe del Revisor Fiscal o entidad que haga sus veces, del último año de ejercicio.
- Los aseguradores, están además autorizados para solicitar cualquier otra información que consideren necesaria y en conexión con este seguro.