SOLICITUD SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PARA SERVIDORES PÚBLICOS

PREVISORA SEGUROS

SUCURSAL

FECHA 27/07/2026

Todas las preguntas deben ser contestadas sin dejar espacios en blanco.

DATOS DEL CLIENTE

1. Datos Generales

Nombre de la entidad:	MUNICIPIO DE DOSQUEBRADAS
Nit de la entidad:	800099310-6
Naturaleza jurídica de la entidad:	PUBLICA
Fecha de constitución de la entidad:	AÑO 1972
Objeto misional de la entidad:	ENTIDAD PUBLICA COON OBJETO PRECISO DEL SERVIDOR AL CIUDADANO

INFORMACIÓN DE CARGOS

2. Relacione los cargos activos que desea asegurar

Nombre del cargo	No. De cargos
SE ENCUENTRA EN HOJA ADJUNTA	

3. Relacione los cargos que a la fecha no están activos que desea asegurar

Nombre del cargo	No. De cargos
N/A	
Total cargos asegurados:	

Nota: Se recomienda revisar los cargos directivos de los últimos 10 años que hayan desaparecido pero que requieren cobertura. De igual forma si el espacio no es suficiente para la relación de los cargos adjuntar hoja anexa.

4. Durante los últimos 5 años:

4.1 Ha cambiado la denominación de la compañía: SI ☐ NO ☑ En caso afirmativo dar detalles:

4.2 ¿Ha tenido lugar o se tiene contemplado alguna adquisición, fusión, absorción, etc., de otras empresas?

SI ☐ NO ☑ En caso afirmativo dar detalles:

5. ¿Se han adquirido o vendido filiales o subsidiarias? **SI** ☐ **NO** ☑ **En caso afirmativo dar detalles:**

6. Relacione las compañías filiales de la entidad, indicando su porcentaje de participación:

N/A

7. Información relacionada con seguros

Informe si tiene actualmente contratadas alguna de las siguientes pólizas:

Ramo	Aseguradora	Límite asegurado	Vigencia desde	Vigencia hasta
Responsabilidad Civil Servidores Públicos	PREVISORA	3,000,000,000	12/12/2025	12/09/2026
Manejo Global	PREVISORA	100,000,000	12/12/2025	12/09/2026
Infidelidad y riesgos financieros	N/A			

8. Límite asegurado requerido para la nueva vigencia: NO

8.1 En caso de ser distinto el límite requerido para la nueva vigencia al actualmente contratado, favor indicar las razones de la modificación:

NO

8.2 En caso de requerir retroactividad, indicar fecha exacta:

Día	Mes	Año

9. Actualmente tiene contratado el periodo extendido para reclamos en pólizas de responsabilidad civil para servidores Públicos: SI ☐ NO ☑

10. En los últimos 3 años, le han revocado la póliza de responsabilidad civil para servidores públicos:
SI ☐ NO ☑ En caso afirmativo dar detalles:

11. ¿Respecto a las pólizas de responsabilidad civil, durante los últimos 5 años se han formulado reclamos?
SI ☑ NO ☐ En caso afirmativo dar detalles: (De ser necesario dar respuesta en hoja anexa)

12. ¿Tiene alguna de las personas para las que se propone este seguro conocimiento de alguna circunstancia o incidente que pudiera dar lugar a una reclamación o investigación? SI ☐ NO ☑
En caso afirmativo dar detalles: (De ser necesario dar respuesta en hoja anexa)

13. ¿Durante los últimos 3 años alguna invitación o proceso de selección de contratistas para la contratación de seguros que ha adelantado la entidad, donde se incluya la póliza de responsabilidad civil servidores públicos se ha declarado desierto? SI ☐ NO ☑ En caso afirmativo dar detalles:

14. Informe los hallazgos o advertencias que se hallan realizado por auditorías realizadas a la entidad (incluyendo informes de Contraloría u otros organismos de control) en los últimos 3 años, así como los planes de acción implementados. (De ser necesario entregar información en hoja anexa).

SI, PERO ESTA INFORMACION SERA ENTREGADA AL AFERENTE QUE SALGA FAVORECIDO

INFORMACIÓN FINANCIERA

15. ¿Existe alguna responsabilidad o aspecto extraordinario indicado dentro del informe financiero del último año fiscal? SI ☐ NO ☑ En caso afirmativo dar detalles:
(De ser necesario entregar información en hoja anexa).

16. Conforme a la información financiera indique si en alguno de los últimos dos periodos fiscales la entidad ha presentado pérdidas: SI ☐ NO ☑ En caso afirmativo informar las razones:
(De ser necesario entregar información en hoja anexa).

INFORMACIÓN RELEVANTE AL COVID 19

17. Preguntas relacionadas con COVID 19: (De ser necesario dar respuesta a las siguientes, en hoja anexa)

17.1 Informe las medidas preventivas que ha adoptado con los trabajadores:

SI, ESE PROTOCOLO ESTA EN LA OFICINA DE BIENESTAR SOCIAL

17.2 Si parte o la totalidad de sus empleados trabajan de forma remota, indique las medidas de seguridad adoptadas para prevenir ciberataques o violaciones de datos:

NO

17.3 ¿Ha realizado un análisis de sus principales clientes, proveedores o cadenas de suministro que podrían verse afectados por las medidas adoptadas por el coronavirus? ¿Cuál es el resultado actual de este análisis / qué impacto anticipa que tendrán estas medidas en su entidad?

NO

17.4 ¿La entidad ha incumplido pagos o contratos como consecuencia de la situación generada por el coronavirus, o prevé que puede incumplirlos a futuro o solicitar ampliaciones de plazo? SI ☐ NO ☑
En caso afirmativo informar las razones:

17.5 ¿La entidad ha dictado medidas que pudieron o pueden afectar a la ciudadanía y por las cuales se pueda colegir reclamos futuros (Ejemplo: ¿medidas de confinamiento que hayan afectado negocios)?

NO

ACLARACIONES

EL ABAJO FIRMANTE EN CALIDAD DE REPRESENTANTE LEGAL DE LA COMPAÑÍA DECLARA QUE ACORDE CON SU CONOCIMIENTO, LAS DECLARACIONES CONTENIDAS EN ESTA SOLICITUD SON VERDAD.
LA FIRMA DE ESTA SOLICITUD NO OBLIGA A LA FORMALIZACION DEL SEGURO PROPUESTO, PERO SE ACUERDA QUE ESTA SOLICITUD SE ADJUNTARÁ Y CONSTITUIRÁ PARTE DE LA PÓLIZA.
PREVISORA SEGUROS QUEDA AUTORIZADA PARA REALIZAR CUALQUIER INDAGACIÓN Y CONSULTA O SOLICITUD DE INFORMACIÓN QUE CONSIDERE NECESARIA.

CIUDAD	FECHA		
DOSQUEBRADAS	27	7	2026

NOMBRE	CARGO
ARNOLDO RUIZ	SECRETARIO ASUNTOS ADMINISRATIVOS ORDENADOR DEL GASTO

FIRMA
C.C. 18.506.871 D.

DOCUMENTOS OBLIGATORIOS POR ADJUNTAR

1. Balance e informes financieros de los últimos dos periodos fiscales incluidas las notas.

2. Detalle de reclamaciones y/o investigaciones a la fecha indicando fecha de ocurrencia, fecha de reclamación, clase de proceso, pretensiones (si aplica), pagos, reservas, amparo afectado, estado del proceso y descripción del incidente, de los últimos 5 años

LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS QUE EN ADELANTE SE DENOMINARÁ PREVISORA, HACE CONSTAR QUE EL SOLICITANTE DE ESTE SEGURO DECLARA CONOCER Y ACEPTAR ÍNTEGRAMENTE LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES QUE SE APLICARÁN EN EL SEGURO QUE SOLICITA. ESTE FORMULARIO TIENE EL TENOR DE UNA DECLARACIÓN JURADA.

QUEDA CONVENIDO QUE, SI SE CONCRETA UN CONTRATO DE SEGUROS, ESTE FORMULARIO FORMARÁ PARTE INTEGRANTE DEL MISMO.

EL ASEGURADO TIENE EL DEBER DE AVISAR A LA COMPAÑÍA DE SEGUROS DENTRO DE LAS 72 HORAS DE TODA MODIFICACIÓN EN LA INFORMACIÓN AQUÍ DECLARADA.

CARGO A ASEGURAR POLIZA RCSP JULIO 27 DE 2026		
ITEM	**DENOMINACIÓN DEL EMPLEO**	**N°**
1	AGENTE DE TRÁNSITO	48
2	ALCALDE	1
3	ALMACENISTA GENERAL	1
4	ASESOR	3
7	OBREROS	5
8	COMANDANTE DE TRÁNSITO	1
9	COMISARIOS DE FAMILIA	3
10	CONDUCTORES	9
11	CORREGIDOR	2
12	DIRECTORES	23
13	INSPECTORES DE CONVIVENCIA	7
14	INSPECTOR DE TRÁNSITO Y TRANSPORTE	2
15	PROFESIONALES ESPECIALIZADOS	5
16	PROFESIONALES UNIVERSITARIOS	7
17	SECRETARIOS	2
18	SECRETARIOS DE DESPACHO	13
19	TECNICOS	10
20	TESORERO GENERAL	1
	TOTAL FUNCIONARIOS DE PLANTA	**143**