GOBERNACIÓN DE CASANARE
NIT: 892099216-6

GOBERNACION DE CASANARE
OFICINA JURIDICA - ARCHIVO
RECIBIDO Marcela: 486
FECHA 28/9/26 H. 4:15pm
T: 14

MEMORANDO
FO-GD-02
19-09-2024
V.02

MEMORANDO No. 276

220

Yopal, 28 de septiembre del 2026

PARA: Karen Sofia Santafé Agudelo - Jefe Oficina Asesora Jurídica

DE: Dirección de Servicios Administrativos

ASUNTO: Firma de formularios del Seguro de Responsabilidad Civil Servidores Públicos, en el marco del proceso de contratación del Programa de Seguros del Departamento de Casanare con vigencias futuras 2026 y 2027.

Cordial saludo,

En atención a la solicitud por parte de Asesores de Seguros Fanny Medina Ltda, en calidad de intermediario de seguros del departamento, me permito remitir los formularios del Seguro de Responsabilidad Civil Servidores Públicos, para la respectiva firma por parte del señor Gobernador del Departamento de Casanare, los cuales son requeridos para adelantar el proceso de cotización ante las aseguradoras, en el marco del proceso de contratación del Programa de Seguros del Departamento de Casanare para las vigencias 2026 y 2027.

Agradecemos adelantar las actuaciones pertinentes para la firma de los documentos requeridos, con el fin de dar continuidad al trámite precontractual correspondiente.

Cordialmente,

RUTH FONSECA ZANABRIA

Proyectó:
Diana Marcela Daza Zea
Profesional Contratada

Anexos:
1. Formulario Aseguradora Solidaria de Colombia (Folios 02)
2. Formulario La Previsora (Folios 03)
3. Formulario Asesores de Seguros Fanny Medina Ltda (Folios 03)
4. Organigrama (Folios 01)
5. Certificación Estados Financieros 2025-2024 (Folios 01)
6. Estados Financieros 2025-2024 (Folios 03)

Total Folios: 13

CUESTIONARIO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PARA SERVIDORES PUBLICOS

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

DEPARTAMENTO DE CASANARE con Nit. 892.099.216-6, fue creado por la Constitución Política de Colombia de 1991, ejerce funciones administrativas de coordinación, de complementariedad de la acción municipal, de intermediación entre la Nación y los Municipios y de prestación de los servicios que determinen la Constitución y las leyes. La ley reglamentará lo relacionado con el ejercicio de las atribuciones que la Constitución les otorga.

2. Indicar las sumas aseguradas a cotizar:

	Valores Asegurados
Alternativa	$ 500.000.000,oo

3. Adjuntar, relación completa de los asegurados donde se establezca, nombre, cargo, antigüedad en la empresa.

ITEM	CARGO	NOMBRE
1	Gobernador	Cesar Augusto Ortiz Zorro
2	Despacho Secretaría Privada	Aydee Soler Sanabria
3	Despacho Secretaría General	Neidy Esperanza Oróstegui Benítez
4	Despacho Secretaría De Hacienda	Gloria Lucia Rivera Gómez
5	Despacho Secretaría de Gobierno, Convivencia y Seguridad Ciudadana	Héctor Julio Ramos Prieto
6	Despacho Secretaría De Infraestructura	Álvaro Luis Rivera Contreras
7	Despacho Secretaría De Integración, Desarrollo Social Y Mujer	Adriana Patricia Alfonso Sáenz
8	Despacho Secretaría De Educación	Diego Fernando Ardila Plazas
9	Despacho Secretaría de Desarrollo Económico, Agricultura, Ganadería y Medio Ambiente	Alexi Yesid Duarte Torres
10	Departamento Administrativo de Planeación	Alfonso Cárdenas Silva
11	Despacho Secretaría De Salud	Yury Tatiana Chávez Duque
12	Oficina Asesora Jurídica	Karen Sofia Santafé Agudelo
13	Oficina Defensa Judicial	Magda Jimena Moreno Suesca
14	Oficina De Control Disciplinario Interno	Mily García Urueña
15	Oficina De Control Interno De Gestión	José Deney Benítez Ortiz
16	Oficina Asesora De Comunicaciones	Manuel Alejandro Acero Cristancho
17	Dirección Departamental De Cultura y Turismo	Gladys Argenis González Fernández
18	Dirección Técnica de Vivienda	Liliana Valbuena Monroy

4. Durante los últimos cinco 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:

_____

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

SI _____ NO ___X____

En caso afirmativo, dar detalles:

_____

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:

_____

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

SI _____ NO ____X___

En caso afirmativo, dar detalles:

_____

6. Es la Compañía:

a) __X___ Pública
b) _____ Mixta
En caso de ser Mixta especificar el porcentaje de acciones así:

En poder del Estado _____
En Poder del sector privado _____

7. La empresa se encuentra bajo vigilancia o control de:

___ CONTRALORIA ___ PERSONERIA ___ PROCURADURIA
___ FISCALIA ___ SUPERINTENDENCIA ___ EMPRESAS DE REGULACION
___OTRAS: CUALES_____

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.
_____**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?

N/A

N/A

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 Responsabilidad Civil Servidores Públicos o Directores y Administradores?

SI __X__ NO _____

En caso afirmativo especifique,

Vigencia	10-12-2025 al 10-12-2026
Limite Asegurado	$500.000.000,oo
Compañía de Seguros	LA PREVISORA SEGUROS S.A.

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. Indiquen si hay:

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

N/A

y/o

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

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.

FIRMA
CARGO GOBERNADOR
NOMBRE CESAR AUGUSTO ORTIZ ZORRO
FECHA 28-09-2026

ANEXO No. 1

FORMATO SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PARA SERVIDORES PÚBLICOS

RELACION DE CARGOS ACTIVOS A ASEGURAR

ITEM	CARGO	NOMBRE
1	Gobernador	Cesar Augusto Ortiz Zorro
2	Despacho Secretaría Privada	Aydee Soler Sanabria
3	Despacho Secretaría General	Neidy Esperanza Oróstegui Benítez
4	Despacho Secretaría De Hacienda	Gloria Lucia Rivera Gómez
5	Despacho Secretaría de Gobierno, Convivencia y Seguridad Ciudadana	Héctor Julio Ramos Prieto
6	Despacho Secretaría De Infraestructura	Álvaro Luis Rivera Contreras
7	Despacho Secretaría De Integración, Desarrollo Social Y Mujer	Adriana Patricia Alfonso Sáenz
8	Despacho Secretaría De Educación	Diego Fernando Ardila Plazas
9	Despacho Secretaría de Desarrollo Económico, Agricultura, Ganadería y Medio Ambiente	Alexi Yesid Duarte Torres
10	Departamento Administrativo de Planeación	Alfonso Cárdenas Silva
11	Despacho Secretaría De Salud	Yury Tatiana Chávez Duque
12	Oficina Asesora Jurídica	Karen Sofia Santafé Agudelo
13	Oficina Defensa Judicial	Magda Jimena Moreno Suesca
14	Oficina De Control Disciplinario Interno	Mily García Urueña
15	Oficina De Control Interno De Gestión	José Deney Benítez Ortiz
16	Oficina Asesora De Comunicaciones	Manuel Alejandro Acero Cristancho
17	Dirección Departamental De Cultura y Turismo	Gladys Argenis González Fernández
18	Dirección Técnica de Vivienda	Liliana Valbuena Monroy

Aseguradora Solidaria de Colombia
¡Siempre junto a ti!

FORMULARIO DE SOLICITUD PARA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD PARA SERVIDORES PÚBLICOS

Este cuestionario es para pólizas relacionadas exclusivamente con reclamaciones presentadas contra el Asegurado durante el período 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.

Ciudad y Fecha: Yopal, 28 de septiembre de 2026

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

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

3. Indicar las sumas aseguradas requeridas:

   Alternativa 1 **$500.000.000**
   Alternativa 2 _____
   Alternativa 3 _____

4. Durante los últimos 5 años:

   a. ¿Ha cambiado la denominación de la compañía?

      Si _____ No __X__

      En caso afirmativo favor dar detalles

   b. ¿La estructura de capital social ha sufrido modificaciones?

      Si _____ No __X__

      En caso afirmativo favor dar detalles

   c. ¿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 _____N/A
En poder del sector privado _____N/A

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.

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 facilitan balances consolidados.

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

Si _____ No __X__

En caso afirmativo favor dar detalles

9. ¿Tiene la Entidad actualmente Póliza de Manejo Global?

Si X____No _____

En caso afirmativo favor dar detalles sobre:

Vigencia 10/12/2025 al 10/12/2026
Límite asegurado: $500.000.000 Compañía
de Seguros: La Previsora S.A. Compañía de

Aseguradora Solidaria de Colombia
¡Siempre junto a ti!

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 __X__

    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 __X__

    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:

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

    En caso afirmativo, favor suministrar copia del informe.

CONSTANCIA DE ASESORÍA
Certifico que he recibido y entendido la siguiente información de conformidad con la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera: 1. Los derechos y obligaciones emanados del contrato de seguro y de las condiciones particulares de póliza de seguro. 2. El alcance de la cobertura, las exclusiones y de las garantías de los productos de seguros ofrecidos. 3. El alcance de los servicios de intermediación. 4. Los costos del producto y su comercialización, de acuerdo con lo establecido en el art. 9 de la Ley 1328 de 2009. 5. La forma de vinculación contractual del intermediario con la entidad aseguradora y su estado de inscripción en el Sistema Unificado de Consulta de Intermediarios de Seguros (SUCIS). 6. La responsabilidad que como intermediario le corresponde frente al consumidor financiero. 7. La autorización otorgada por la entidad aseguradora para comercializar el producto de seguros ofrecido. 8. El procedimiento, plazos y documentación a tener en cuenta para la reclamación de un siniestro. 9. Los canales por medio de los cuales puede formular una petición, queja o reclamo.

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Aseguradora Solidaria de Colombia

¡Siempre junto a ti!

Declaro que ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA me ha informado: 1) Que la política de Privacidad y el Manual de Tratamiento de Datos Personales se encuentran en la página web: https://www.aseguradorasolidaria.com.co; 2) Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños, adolescentes y aquellas que versen sobre datos sensibles y en consecuencia no he sido obligado a responderlas; 3)Que como titular de la información me asisten los derechos a conocer, actualizar rectificar, revocar y los demás previstos en las leyes 1266 de 2008 y 1581 de 2012. Autorizo de manera previa, expresa e informada a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA y/o cualquier sociedad controlada, directamente o indirectamente, que tengan participación accionaria o sean asociados, domiciliadas en Colombia y/o en el exterior, terceros contratados por esta o a quien la represente, en adelante LA ASEGURADORA para : Recolectar, solicitar, consultar, verificar, almacenar, compartir, enviar, reportar, modificar, actualizar, usar, grabar y conservar mis datos personales sensibles como: datos biométricos, las huellas dactilares, la Historia Clínica y datos sobre mi estado de salud, aún después de mi fallecimiento, entendiéndose la posibilidad de obtener copia de mi historia clínica, siempre y cuando se cumpla con lo previsto en el artículo 6 de la ley 1581 de 2012.
a) Recolectar, solicitar, consultar, verificar, almacenar, compartir, enviar, reportar, modificar, transferir, transmitir, actualizar, usar, grabar y conservar mis datos personales, financieros y crediticios, así como aquella información derivada de la relación contractual, siempre y cuando sea para las siguientes finalidades: Ofrecer productos y servicios de LA ASEGURADORA, ser llamado para la realización de encuestas de satisfacción, confirmar la participación a eventos, y la realización de campañas promocionales a través de los diferentes canales presenciales y no presenciales de la ASEGURADORA. b) Recolectar, solicitar, consultar, verificar, almacenar, compartir, enviar, reportar, modificar, actualizar, usar, grabar y conservar los datos personales de mis hijos menores de edad en mi calidad de su representante legal, siempre y cuando se cumpla con el interés prevalente del menor conforme al artículo 12 del decreto 1377 de 2013. c) Transmitir y transferir mis datos personales a terceros países siempre que se cumpla con las finalidades descritas o se encuentre estipulada por el artículo 26 de la ley 1581 de 2012.

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.

Firmado _____

Cargo Gobernador de Casanare

Nombre Cesar Augusto Ortiz Zorro

Fecha _____

Documentos que se deben anexar:

- Estados Financieros comparativos de los últimos dos ejercicios
- Informe de revisor Fiscal o entidad que haga sus veces, del último año de ejercicio.
- Organigrama de la empresa
- Relación de funcionarios asegurados

Es importante tener en cuenta que el alto funcionario de la Entidad que diligencie este formulario debe tener amplio conocimiento de la información solicitada para que las preguntas sean contestadas correctamente. En caso de duda sobre el sentido de alguna pregunta, agradecemos contactar a su intermediario de seguros puesto que la divulgación de información incorrecta puede afectar los derechos del Asegurado y/o dar lugar a la anulación del seguro otorgado.

SOLICITUD SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PARA SERVIDORES PÚBLICOS

PREVISORA SEGUROS

SUCURSAL
YOPAL

FECHA
28 | 09 | 2026

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

DATOS DEL CLIENTE

1. Datos Generales

Nombre de la entidad: DEPARTAMENTO DE CASANARE

Nit de la entidad: 892.099.216-6

Naturaleza jurídica de la entidad: ESTATAL

Fecha de constitución de la entidad: 91

Objeto misional de la entidad: Como entidad territorial, la Gobernación de Casanare, está orientada al cumplimiento de los fines del Estado, a través de robustos procesos de planificación y participación, que

INFORMACIÓN DE CARGOS.

2. Relacione los cargos activos que desea asegurar

Nombre del cargo	No. De cargos
Ver anexo	Ver anexo

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

Nombre del cargo	No. De cargos
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:

NA

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	$ 500.000.000	10/12/2025	10/12/2026
Manejo Global	PREVISORA	$500.000.000	10/12/2025	10/12/2026
Infidelidad y riesgos financieros				

8. Límite asegurado requerido para la nueva vigencia: $ 500.000.000

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

NA

	Día	Mes	Año
8.2 En caso de requerir retroactividad, indicar fecha exacta:	10	12	2024

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).

NA

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:
Higiene de las manos; Guantes; Protección facial (ojos, nariz y boca) Prevención de pinchazo de aguja y lesiones; Higiene respiratoria y etiqueta de la tos; Limpieza ambiental, distancia mínima de 1.5 mts; señalización

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:

NA

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?

NA

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)?

NA

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 FORMALIZACIÓN 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		
YOPAL	28	09	2026
NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL	CARGO		
CESAR AUGUSTO ORTIZ ZORRO	GOBERNADOR		

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

C.C. 9.430.821

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.

ANEXO No. 1

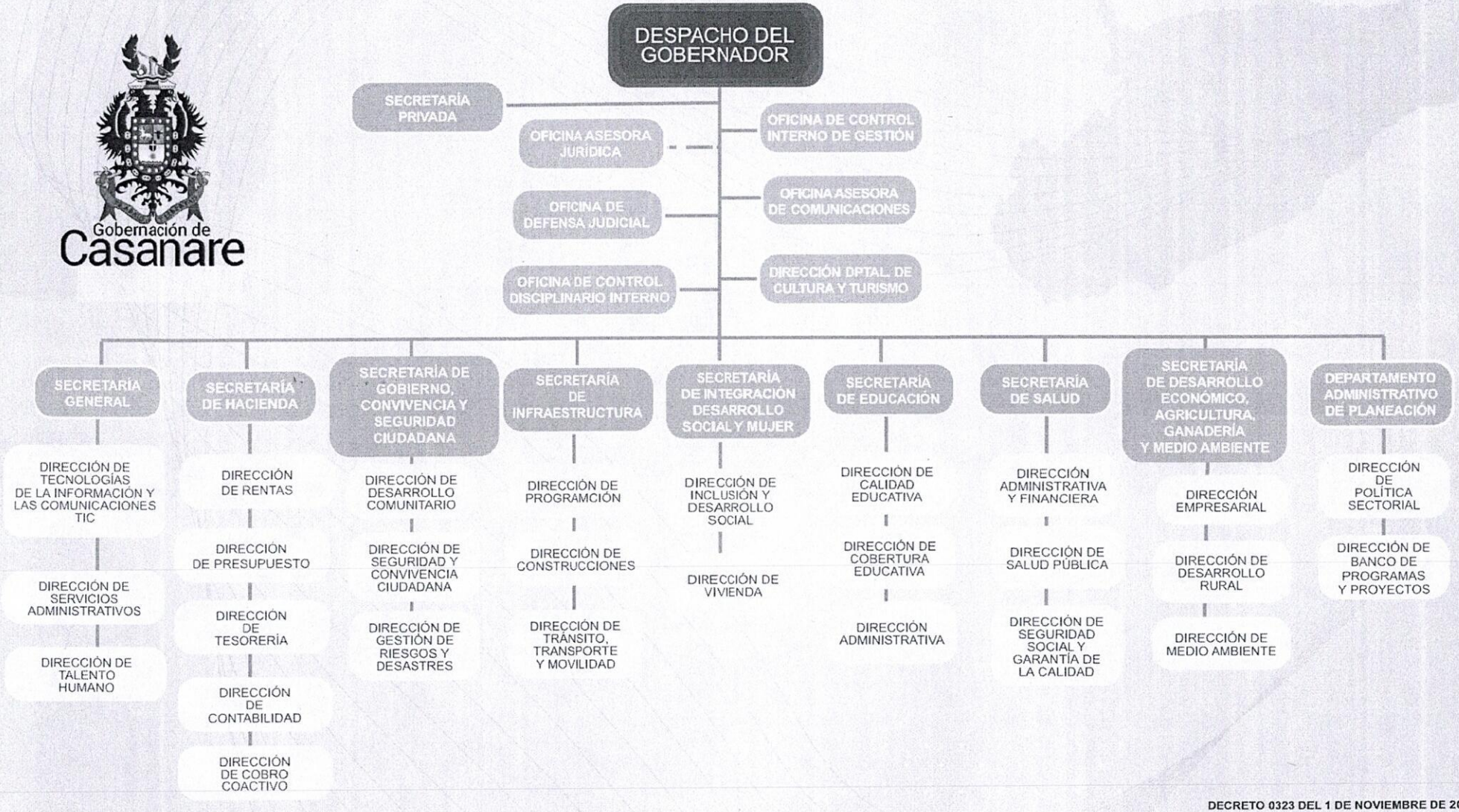
FORMATO SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PARA SERVIDORES PÚBLICOS

LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS

RELACION DE CARGOS ACTIVOS A ASEGURAR

ITEM	CARGO	NOMBRE
1	Gobernador	Cesar Augusto Ortiz Zorro
2	Despacho Secretaría Privada	Aydee Soler Sanabria
3	Despacho Secretaría General	Neidy Esperanza Oróstegui Benítez
4	Despacho Secretaría De Hacienda	Gloria Lucia Rivera Gómez
5	Despacho Secretaría de Gobierno, Convivencia y Seguridad Ciudadana	Héctor Julio Ramos Prieto
6	Despacho Secretaría De Infraestructura	Álvaro Luis Rivera Contreras
7	Despacho Secretaría De Integración, Desarrollo Social Y Mujer	Adriana Patricia Alfonso Sáenz
8	Despacho Secretaría De Educación	Diego Fernando Ardila Plazas
9	Despacho Secretaría de Desarrollo Económico, Agricultura, Ganadería y Medio Ambiente	Alexi Yesid Duarte Torres
10	Departamento Administrativo de Planeación	Alfonso Cárdenas Silva
11	Despacho Secretaría De Salud	Yury Tatiana Chávez Duque
12	Oficina Asesora Jurídica	Karen Sofia Santafé Agudelo
13	Oficina Defensa Judicial	Magda Jimena Moreno Suesca
14	Oficina De Control Disciplinario Interno	Mily García Urueña
15	Oficina De Control Interno De Gestión	José Deney Benítez Ortiz
16	Oficina Asesora De Comunicaciones	Manuel Alejandro Acero Cristancho
17	Dirección Departamental De Cultura y Turismo	Gladys Argenis González Fernández
18	Dirección Técnica de Vivienda	Liliana Valbuena Monroy

Gobernación de Casanare



DECRETO 0323 DEL 1 DE NOVIEMBRE DE 2019

LOS SUSCRITOS, GOBERNADOR DE CASANARE Y DIRECTORA TÉCNICA DE CONTABILIDAD DEL DEPARTAMENTO DE CASANARE

CERTIFICAN:

Que los saldos fueron tomados fielmente de los libros de contabilidad a 31 de diciembre de 2025, que la contabilidad se elaboró conforme al Marco Normativo contable para Entidades de Gobierno en Convergencia con las Normas Internacionales de Contabilidad del Sector Público – NICSP, expedido por la Contaduría General de la Nación, que la información revelada refleja en forma fidedigna la situación financiera y los resultados del Departamento de Casanare, y que se han verificado las afirmaciones contenidas en la notas y Estados Financieros, principalmente las referidas a:

a) Que los hechos, transacciones y operaciones han sido reconocidos, medidos y revelados por el Departamento de Casanare durante el periodo contable 2025.

b) Que los hechos económicos se revelan conforme a lo establecido en el Marco Normativo Contable para Entidades de Gobierno en Convergencia con las Normas Internacionales de Contabilidad del Sector Público – NICSP, expedido por la Contaduría General de la Nación.

c) Que el valor total de los activos, pasivos, patrimonio, ingresos, gastos, costos y cuentas de orden, han sido revelados en las notas y estados financieros a la fecha de corte 31 de Diciembre de 2025, por el Departamento de Casanare.

d) Se dio cumplimiento al control interno en cuanto a la correcta preparación y presentación de los estados financieros libres de errores significativos con corte 31 de Diciembre de 2025.

e) Que a diciembre 31 de 2025 se presentan las notas y los Estados Financieros agregando la información contable de la Asamblea Departamental de Casanare, Fondo de Gestión del Riesgo de Desastres del Departamento de Casanare y los Fondos de Servicios Educativos de la Secretaria de Educación.

Adicionalmente, para dar cumplimiento a la política contable Presentación de estados financieros y a la Resolución 0036 del 13 de febrero de 2023, la certificación es firmada por el Representante Legal, y la Directora Técnica de Contabilidad del Departamento de Casanare.

La presente certificación avala los Estados Financieros agregados con corte 31 de Diciembre de 2025, para tal efecto firman.

FIRMA REPRESENTANTE LEGAL
CESAR AUGUSTO ORTIZ ZORRO
C.C. No 9.430.821 de Yopal (Cas)
(Adjunto Certificación)

FIRMA CONTADORA PUBLICA
FRANCESCA MIRANDA GUZMAN
C.C.No 68.290.941 de Arauca
T.P. No 125134 - T J.C.C.

Código TRD: 340.95.5

DEPARTAMENTO DE CASANARE
NIT 892.099.216 - 6
ESTADO DE SITUACIÓN FINANCIERA AGREGADO
A 31 DE DICIEMBRE DE 2025
(cifras en pesos colombianos y redondeados)
(Presentación por cuentas)

	Nota	31 DE DICIEMBRE DE 2025	31 DE DICIEMBRE DE 2024	Var $	%
Activo					
Activo corriente:					
Efectivo y equivalentes al efectivo	5	260,630,621,101	218,435,735,838	42,194,885,264	19%
Cuentas por Cobrar sin contraprestación	7	617,608,414,607	684,550,403,270	(66,941,988,663)	-10%
Inventarios	9	18,630,202,339	21,177,343,111	(2,547,140,772)	-12%
Otros Activos	16	299,087,615,734	549,617,904,251	(250,530,288,516)	-46%
Total activo corriente		**1,195,956,853,782**	**1,473,781,386,470**	**(277,824,532,687)**	**-19%**
Activo no corriente:					
Propiedades, planta y equipo	10	1,000,193,791,228	733,956,014,204	266,237,777,024	36%
Bienes de Uso Público e Históricos y Culturale	11	333,010,316,932	344,489,595,850	(11,479,278,919)	-3%
Activos intangibles	14	1,640,137,177	887,494,819	752,642,358	85%
Inversiones en entidades en liquidación	6	29,032,780	29,032,780	-	0%
Inversiones de administración de liquidez	6	3,784,887,886	3,639,787,886	145,100,000	4%
Inversiones en controladas	6	169,817,744,315	184,862,807,540	(15,045,063,225)	-8%
Otros Activos	16	581,898,625,724	607,461,890,942	(25,563,265,217)	-4%
Total activo no corriente		**2,090,374,536,042**	**1,875,326,624,021**	**215,047,912,021**	**11%**
Total activo		**3,286,331,389,824**	**3,349,108,010,490**	**(62,776,620,666)**	**-2%**
Pasivo y Patrimonio					
Pasivo corriente:					
Cuentas por pagar	22	139,506,403,078	199,154,401,020	(59,647,997,942)	-30%
Beneficios a empleados	23	5,222,453,980	7,715,723,014	(2,493,269,034)	-32%
Otros pasivos	25	35,385,959,643	16,312,451,254	19,073,508,390	117%
Total pasivo corriente		**180,114,816,701**	**223,182,575,288**	**(43,067,758,587)**	**-19%**
Pasivo no corriente:					
Cuentas por pagar	22	52,500,060,347	70,000,060,347	(17,500,000,000)	-25%
Beneficios a empleados	23	349,357,122,475	441,261,723,382	(91,904,600,908)	-21%
Provisiones	24	27,151,056,367	25,956,816,164	1,194,240,203	5%
Total pasivo no corriente		**429,008,239,189**	**537,218,599,893**	**(108,210,360,705)**	**-20%**
Total pasivo		**609,123,055,890**	**760,401,175,181**	**(151,278,119,291)**	**-20%**
Patrimonio	**26**				
Capital fiscal		2,793,154,493,072	2,793,154,493,072	-	0%
Resultados de ejercicios anteriores		- 92,274,300,495	- 108,370,920,621	16,096,620,126	-15%
Resultado del ejercicio		46,559,940,626	84,158,782,627	(37,598,842,001)	-45%
Ganancias o pérdidas por la aplicación del		88,417,767,542	88,417,767,542	-	0%
Ganancias o pérdidas por beneficios		- 158,649,566,810	- 268,653,287,310	110,003,720,500	-41%
Total patrimonio		**2,677,208,333,934**	**2,588,706,835,309**	**88,501,498,625**	**3%**
Total pasivo y patrimonio		**3,286,331,389,824**	**3,349,108,010,490**	**(62,776,620,666)**	**-2%**
Cuentas de Orden Deudoras Contingentes	27	382,245,768,553	500,959,328,225	(118,713,559,672)	-24%
Cuentas de Orden Deudoras de Control	28	1,302,592,954,830	1,298,982,658,973	3,610,295,856	0%
Cuentas de Orden Deudoras por contra	28	- 1,684,838,723,382	- 1,799,941,987,198	115,103,263,816	-6%
Cuentas de Orden Accreedoras Contingentes	27	30,489,658,693	42,281,881,244	(11,792,222,552)	-28%
Cuentas de Orden Accreedoras de Control	28	38,159,366,335	38,159,366,335	-	0%
Cuentas de Orden Acreedoras por contra	28	- 68,649,025,027	- 80,441,247,579	11,792,222,552	-15%

Véanse las notas que acompañan a los estados financieros.

Firma del Representante Legal
CESAR AUGUSTO ORTIZ ZORRO
C.C. No 9.430.821 de Yopal Casanare
Adjunto certificación

Firma del Contador Público
FRANCESCA MIRANDA GUZMAN
C.C. No 68.290.941 de Arauca Arauca
T.P. No 125134-T

GOBERNACIÓN DE CASANARE
NIT: 892099216-6

Código TRD: 340.95.5

DEPARTAMENTO DE CASANARE
NIT 892.099.216 - 6
ESTADO DE RESULTADOS AGREGADO
DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2025
(cifras en pesos colombianos y redondeados)
(Presentación por cuentas)

	Nota	31 DE DICIEMBRE DE 2025	31 DE DICIEMBRE DE 2024	Var $	%
INGRESOS		**1,122,962,175,994**	**1,092,143,755,706**	**30,818,420,288**	3%
Ingresos sin contraprestación		**1,046,976,363,762**	**984,345,047,316**	**62,631,316,446**	6%
Ingresos Fiscales	29	218,604,472,585	192,449,875,640	26,154,596,944	14%
Ingresos por transferencias y subvenciones	29	827,724,860,294	791,662,408,821	36,062,451,472	5%
Operaciones Interinstitucionales	29	628,667,426	213,459,806	415,207,620	195%
Reversión de pérdidas por Deterioro de Valor	29	18,363,457	19,303,048	(939,591)	-5%
		-	-	-	0%
Ingresos con contraprestación		**596,021,409**	**573,657,383**	22,364,026	4%
Venta de Bienes	29	281,191,887	270,128,331	11,063,555	4%
Venta de Servicios	29	314,829,522	303,529,052		
Otros ingresos	29	**75,389,790,823**	**107,225,051,007**	**(31,835,260,183)**	-30%
COSTOS		**3,474,140,617**	**1,168,770,686**	**2,305,369,931**	-
Costos de venta de Bienes	31	132,822,670	56,817,029	76,005,641	134%
Costos de venta de Servicios	31	3,341,317,946	1,111,953,657	2,229,364,290	200%
GASTOS		**1,072,928,094,752**	**1,006,816,202,393**	**66,111,892,359**	-
Gastos de administración y de operación	30	93,698,586,985	84,066,327,280	9,632,259,705	11%
Deterioro, depreciaciones, amortizaciones y provisione	30	52,839,061,308	87,573,366,662	(34,734,305,353)	-40%
Gastos por transferencias y subvenciones	30	166,467,884,050	207,275,766,772	(40,807,882,723)	-20%
Gasto público social	30	738,808,739,068	624,897,674,467	113,911,064,601	18%
Operaciones Interinstitucionales	30	-	-	-	0%
Otros gastos		21,113,823,341	3,003,067,212	18,110,756,129	603%
Excedente (déficit) del Ejercicio		**46,559,940,626**	**84,158,782,627**	**(37,598,842,001)**	-45%

Véanse las notas que acompañan a los estados financieros.

Firma del Representante Legal
CESAR AUGUSTO ORTIZ ZORRO
C.C. No 9.430.821 de Yopal Casanare

Firma del Contador Público
FRANCESCA MIRANDA GUZMAN
C.C. No 68.290.941 de Arauca Arauca
T.P. No 125134-T

GOBERNACIÓN DE CASANARE
NIT 892099216-6

DEPARTAMENTO DE CASANARE
NIT 892.099.216 - 6
ESTADO CAMBIOS EN EL PATRIMONIO AGREGADO
A 31 DE DICIEMBRE DE 2025
(cifras en pesos colombianos y redondeados)
(Presentación por cuentas)

	Nota	Capital fiscal	Ganancias o pérdidas por planes de beneficios a los empleados	Ganancias o pérdidas por la aplicación del método de participación patrimonial de inversiones en contraladas	Resultados del ejercicio	Resultados de ejercicios anteriores	Total patrimonio
Saldo Inicial al 1 de enero de 2024		$ 2,793,154,493,072	(37,212,869,638)	88,417,767,542	252,956,038,589	(375,015,743,825)	2,722,299,685,740
Resultado:							
Resultado del ejercicio		-	-	-	84,158,782,627	-	84,158,782,627
Total resultado		-	-	-	**84,158,782,627**	-	**84,158,782,627**
Corrección de errores por depuración contable		-	-	-	-	-	-
Traslado a resultado de ejercicios anteriores		-	-	-	(252,956,038,589)	266,644,823,203	13,688,784,615
Ganancias Actuariales Pensiones de Jubilación		-	(231,440,417,672)	-	-	-	(231,440,417,672)
Otras transacciones		-	-	(0)	-	-	(0)
Total transacciones de la entidad		-	(231,440,417,672)	(0)	(168,797,255,962)	266,644,823,203	(133,592,850,430)
Saldo final al 31 de diciembre de 2024		$ 2,793,154,493,072	(268,653,287,310)	88,417,767,542	84,158,782,627	(108,370,920,622)	2,588,706,835,309
Resultado:							
Resultado del ejercicio		-	-	-	46,559,940,626	-	46,559,940,626
Total resultado		-	-	-	**46,559,940,626**	-	**46,559,940,626**
Corrección de errores por depuración contable		-	-	-	-	-	-
Traslado a resultado de ejercicios anteriores		-	-	-	(84,158,782,627)	16,096,620,126	(68,062,162,501)
Ganancias Actuariales Pensiones de Jubilación		-	110,003,720,500	-	-	-	110,003,720,500
Otras transacciones		-	-	-	-	-	-
Total transacciones de la entidad		-	110,003,720,500	-	(37,598,842,001)	16,096,620,126	88,501,498,625
Saldo final al 31 de diciembre de 2025		$ 2,793,154,493,072	(158,649,566,811)	88,417,767,542	46,559,940,626	(92,274,300,495)	2,677,208,333,934

Véanse las notas que acompañan a los estados financieros.

Firma del Representante Legal
CESAR AUGUSTO ORTIZ ZORRO
C.C. No 9.430.821 de Yopal Casanare

Firma del Contador Público
FRANCESCA MIRANDA GUZMAN
C.C. No 68.290.941 de Arauca Arauca
T.P. No 125134-T

Gmail DIANA MARCELA DAZA ZEA <contadoresdmd@gmail.com>

RV: Solicitud firma Formulario de RC Servidores Públicos // Proceso programa de seguros // vencimiento 10/12/2026

1 mensaje

Dirección de Servicios Administrativos <serviciosadministrativos@casanare.gov.co> 10 de septiembre de 2026 a las 9:44
Para: Diana Daza <contadoresdmd@gmail.com>

Cordialmente

GOBERNACIÓN DE CASANARE
NIT: 892099216-6

RUTH FONSECA ZANABRIA
Directora de Servicios Administrativos - Secretaría de General
Gobernación de Casanare | Centro Administrativo Departamental |
Carrera 20 No. 8 - 02 - Piso 5 - Torre B | Yopal | Casanare
Colombia | 850001 Oficina (608) 6336339 | VoIP - 1571 |
ruth.fonseca@casanare.gov.co | www.casanare.gov.co

De: Fanny Medina <asesoresfannymedinaltda@gmail.com>
Enviado: miércoles, 9 de septiembre de 2026 14:49
Para: Dirección de Servicios Administrativos <serviciosadministrativos@casanare.gov.co>
Asunto: Solicitud firma Formulario de RC Servidores Públicos // Proceso programa de seguros // vencimiento 10/12/2026

Buenas tardes Dra. Ruth

Por medio del presente nos permitimos enviar el Formulario de Seguro de Responsabilidad Civil Servidores Públicos, con el fin de que sea debidamente diligenciado y firmado por el señor Gobernador, Dr. César Augusto Ortiz Zorro. Este documento es requerido para adelantar el proceso de cotización con las aseguradoras, en el marco de la renovación del programa de seguros de la Gobernación de Casanare, cuya vigencia actual finaliza el próximo 10 de diciembre de 2026.

Adicionalmente solicitamos que el formulario sea entrega junto con los siguientes documentos:

- Estados financieros comparativos de los últimos dos (02) años
- Informe del revisor fiscal, o de la entidad que haga sus veces del último año.
- Detalle de los hallazgos reportados por los entes de control, que puedan tener incidencia en la contratación de la póliza.

Nota: Se anexan 3 formularios de cada aseguradora.

Agradecemos su colaboración y quedamos atentos al respecto.

Paula Andrea Diaz

Asesores de Seguros Fanny Medina Ltda
Teléfonos: (608) 6333186
Celular - 3112270112 - 3125227928
Carrera 21 No. 8-67 Yopal - Casanare
www.fannymedina.com

"La Gobernación de Casanare promueve el uso responsable de los recursos. Antes de imprimir este correo, considere su responsabilidad ambiental."

Aviso de confidencialidad: Este mensaje y sus archivos adjuntos son confidenciales y para uso exclusivo del destinatario. Si lo ha recibido por error, por favor notifíquelo al remitente y elimínelo de su sistema.

3 adjuntos

- **Formulario Servidores Publicos general sin logos.doc** 52K
- **Formulario RSCP SOLIDARIA 2026.docx** 48K
- **Formulario RCSP Previsora 2026.docx** 201K