FORMULARIO DE SOLICITUD PARA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL DE 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.**

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

Respuesta: Municipio de Titiribí – Antioquia, identificado con NIT: 890.980.781-4.

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

Respuesta: Ver anexo al final del documento.

3. **Indicar las sumas aseguradas requeridas:**

Respuesta: Alternativa única $100.000.000

4. **Durante los últimos 5 años:**

a. **¿Ha cambiado la denominación de la compañía?**

SI _____ **NO** X

En caso afirmativo favor dar detalles: N/A

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

SI _____ **NO** X

En caso afirmativo favor dar detalles: N/A.

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

SI _____ **NO** X

En caso afirmativo favor dar detalles: N/A

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

SI _____ **NO** X

En caso afirmativo favor dar detalles: N/A

e. ¿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: N/A

f. ¿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:**
b. **Privada: X**

En caso de ser mixta, favor informar el porcentaje de acciones así:

En poder del Estado _____

En poder del sector privado _____

7. Capital Social de la Compañía:

a. Número total de accionistas: N/A

Con derecho a voto

Sin derecho a voto ___

a. 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.
b. 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: N/A

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

SI X **NO** _____

En caso afirmativo favor dar detalles sobre:

Vigencia hasta: 06-04-2024

Límite asegurado: $130.000.000

Compañía de Seguros: ASEGUADORA SOLIDIARA DE COLOMBIA

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: N/A

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: N/A

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: N/A

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: N/A

14. **Favor indicar si hay:**

a. Alguna calificación, comentario u observación contenida e 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.

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: Alcalde

Nombre: ALEX DAVID RESTREPO SALAZAR

Fecha: 12 de noviembre de 2026

ANEXO DE FUNCIONARIOS DE LA ADMINISTRACIÓN MUNICIPAL:

NOMBRES Y APELLIDOS DEL FUNCIONARIO(A):	CARGO:	FECHA DE DESIGNACIÓN:
ALEX DAVID RESTREPO SALAZAR	ALCALDE MUNICIPAL	1/01/2024
ISABEL LONDOÑO HERNANDEZ	GOBIERNO Y SERVICIOS ADMINISTRATIVOS	17/05/2025
JOHANA ANDREA JARAMILLO JIMENEZ	SECRETARIA DE PLANEACION E INFRAESTRUCTURA	1/01/2024
SANDRA HENAO MEJÍA	SECRETARIA DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL	05/01/2026
ALEJANDRO RESTREPO LOAIZA	DIRECCION DE UMATA, AMBIENTAL, Y TURISTICO	14/08/2024
DUVER MARY VELASQUEZ PULGARIN	SECRETARIA DE HACIENDA	1/01/2024
JOHN FREDY TABORDA FLOREZ	SECRETARIO DE EDUCACIÓN, DEPORTES, CULTURA, Y RECREACIÓN	17/05/2025