

## CUESTIONARIO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PARA SERVIDORES PUBLICOS

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.

*Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca, vinculado al Ministerio de Educación Nacional en lo que se refiere a las políticas y a la planeación del sector educativo, Creada por la Ley 48 del 17 de diciembre de 1945.*

2. Adjuntar, relación completa de los asegurados:

- a) Miembros del Consejo Superior alrededor 8 personas
- b) Servidores Públicos Rector (1), Secretaría General (1), Vicerrectores (2), Asesor (1), Jefes de Oficina (3); Decanos (5).

3. Relacione los cargos que desea asegurar

Cargo	Nombre
Maria Ruth Hernandez Martinez	Rector
Pablo Emilo Garzón Carreño	Vicerrector Académico
Claudia Bibiana Salamanca Páez	Secretaria General
Claudia Bibiana Salamanca Páez	Jefe División
Ana Isabel Mora Bautista	Decano
Julio Cesar Orjuela Peña	Decano
Doris Astrid González López	Decano
Carlos Ariel Álzate Orozco	Decano
Carlos Eduardo Ortiz Rojas	Jefe Oficina
Jennifer Crespo	Jefe Oficina
Ana Judith Otalora López	Jefe Oficina
Yura Campos Tambo	Jefe Oficina
Ana Betty Torres Soto	Jefe División
Gabriel Hernando Pinzón Gutiérrez	Vicerrector Administrativo (e.)
Gabriel Hernando Pinzón Gutiérrez	Jefe División
Ruth Nancy García Esguerra	Jefe División
Laura Juliana Moreno Tafur	Jefe División
Nancy Solano de Jinete	Consejo Superior
NELSON ALBERTO MURCIA RAMÍREZ	Consejo Superior
Nelson Eduardo Rodríguez Montaña	Consejo Superior
RAQUEL DÍAZ ORTIZ	Consejo Superior
Ana Isabel Mora Bautista	Consejo Superior

5. 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:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6. 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:

\_\_\_\_\_

7. 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 \_\_\_\_\_

8. Capital social de la Compañía:

a) Número total de accionistas: \_\_\_\_\_

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.

\_\_\_\_\_

c) Compañías filiales de la empresa, porcentaje de participación en aquellas. Para su información, les indicamos que quedarán 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  X

En caso afirmativo, dar detalles

\_\_\_\_\_

10. Tiene la empresa en el momento Seguro de Manejo Global? SI  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:

\_\_\_\_\_

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:

\_\_\_\_\_

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

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

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: NO

y/o



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

En caso afirmativo, proporcionen una traducción al ingles. **NO APLICA**

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**

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'G. Pinzon'.

**Cargo** JEFE DIVISIÓN SERVICIOS ADMINISTRATIVOS

**Nombre** GABIREL HERNANDO PINZON GUTIERREZ

**Fecha: Veintiséis (26) de marzo 2021**