Aseguradora Solidaria de Colombia

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 CALDONO, 23 DE SEPTIEMBRE DE 2026

1. Nombre de la empresa, objeto social, tiempo durante el cual se encuentra desarrollando su actividad actual.
   NOMBRE: MUNICIPIO DE CALDONO NIT: 891.501.723-1
   NATURALEZA JURIDICA: ENTIDAD PUBLICA
   OBJETO SOCIAL: ADMINISTRACIÓN PÚBLICA
   FUNDACION: 15 DE FEBRERO DE 1730, CREACIÓN COMO MUNICIPIO: 10 DE DICIEMBRE DE 1999.

2. Adjuntar relación detallada de los funcionarios asegurados, donde se establezca nombre, cargo, antigüedad en la empresa y funciones.
   ALCALDE
   TESORERO GENERAL
   SECRETARIO DE GOBIERNO Y PARTICIPACIÓN COMUNITARIA
   SECRETARIO DE PLANEACION DE INFRAESTRUCTURA Y DESARROLLO SOCIAL,
   SUBSECRETARIA DE INFRAESTRUCTURA,
   SUBSECRETARIO DE SALUD EDUCACIÓN, DEPORTE Y CULTURA

3. Indicar las sumas aseguradas requeridas:

   Alternativa 1 $200.000.000
   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

Aseguradora Solidaria de Colombia

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 _____
En poder del sector privado _____

7. Capital Social de la Compañía: NO APLICA

a. Número total de accionistas: _____
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. NO APLICA

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 si facilitan balances consolidados. NO APLICA

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 04/09/2026_____
   Límite asegurado: $200.000.000_____
   Compañía de Seguros: ASEGURADORA SOLIDARIA

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 e el informe de los auditores externos sobre la compañía, si es aplicable: NO APLICA

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

    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
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.

Aseguradora Solidaria de Colombia

Firmado _____

Cargo ALCALDE MUNICIPAL_____

Nombre RAMIRO MORENO LEMOS

Fecha 23 DE SEPTIEMBRE DE 2026_____

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 SERVIDORES PÚBLICOS

PREVISORA

Se hace constar que el solicitante de este seguro declara conocer y aceptar íntegramente las Condiciones Generales y particulares que se aplicarán en la Póliza que solicita. Este cuestionario tiene el tenor de una declaración jurada.

Por favor diligencie todas y cada una de las siguientes preguntas que se le hacen ya que este cuestionario constituirá parte de la póliza según lo señalado en el artículo 1048 del Código de Comercio.

SUCURSAL	FECHA		
POPAYÁN	23	09	2026

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

DATOS DEL SOLICITANTE

1. Datos Generales

Nombre de la entidad: MUNICIPIO DE CALDONO

Nit de la entidad:891.501.723-1

Naturaleza jurídica de la entidad: ENTIDAD PUBLICA

Fecha de constitución de la entidad: Fundación: 15 de febrero de 1730, Creación como municipio: 10 de diciembre de 1999.

Objeto misional de la entidad: ADMINISTRACION PUBLICA

INFORMACIÓN DE CARGOS.

2. Relacione los cargos activos que desea asegurar

Nombre del cargo	No. De cargos
ALCALDE	1
TESORERO GENERAL	1
SECRETARIO DE GOBIERNO Y PARTICIPACIÓN COMUNITARIA	1
SECRETARIO DE PLANEACION DE INFRAESTRUCTURA Y DESARROLLO SOCIAL	1
SUBSECRETARIA DE INFRAESTRUCTURA	1
SUBSECRETARIO DE SALUD EDUCACIÓN, DEPORTE Y CULTURA	1
Total cargos :	6

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

Nombre del cargo	No. De cargos
NO APLICA	NO APLICA
Total cargos :	

TOTAL CARGOS A ASEGURAR:	6

DOCUMENTO PÚBLICO

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 X En caso afirmativo dar detalles: _____

5. ¿Se han adquirido o vendido filiales o subsidi SI ☐ NO ☒ En caso afirmativo dar detalles:

6. Relacione las compañías filiales de la entidad, indicando su porcentaje de participación:
NO APLICA

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	SOLIDARIA	$200.000.000	04/09/2025	04/09/2026
Manejo Global	SOLIDARIA	$75.000.000	04/09/2025	04/09/2026
Infidelidad y riesgos financieros	N/A	N/A	N/A	N/A

8. Límite asegurado requerido para la nueva vigencia: **$200.000.000**

8.1 En caso de ser distinto el límite requerido para la nueva vigencia al actualmente contratado, favor indicar las razones de la modificación:
VIENE CON LA MISMA SUMA ASEGURADA.

8.2 En caso de requerir retroactividad, indicar fecha exacta:

Día	Mes	Año
01	01	2020

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

DOCUMENTO PÚBLICO

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).

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). _

ACLARACIONES

Es importante que el Representante Legal 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 contacten con La Previsora S.A. Compañía de Seguros, puesto que la no divulgación de información puede afectar a los derechos del Asegurado o pueda anular la Póliza

Previsora S.A. Compañía de Seguros queda autorizada para realizar cualquier indagación y consulta o solicitud de información que considere necesaria.

CIUDAD: MUNICIPIO DE CALDONO	FECHA 23 | 09 | 2026
NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL: RAMIRO MORENO LEMOS	CARGO: ALCALDE MUNICIPAL

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL
C.C. _____

DOCUMENTO PÚBLICO

PREVISORA
SEGUROS

FORMULARIO DE SOLICITUD PÓLIZA
SEGURO DE INFIDELIDAD Y RIESGOS FINANCIEROS
PARA ENTIDADES NO FINANCIERAS

Este Formulario de solicitud de seguro no representa garantía alguna de aceptación del riesgo por parte de Previsora Seguros S.A. El mismo es un documento confidencial y hace parte integral del expediente de la póliza de seguro que se llegue a contratar. La base de cobertura que opera para el seguro de Infidelidad y Riesgos Financieros únicamente será bajo la modalidad de descubrimiento.

La veracidad en las declaraciones del solicitante se considera elemento esencial de esta solicitud, por lo tanto es fundamental que todas las preguntas sean contestadas correcta y completamente

1. DATOS DE LA COMPAÑÍA

INFORMACION GENERAL DE LA COMPAÑÍA SOLICITANTE

Razón Social	MUNICIPIO DE CALDONO
Fecha de constitución	Fundación: 15 de febrero de 1730, Creación como municipio: 10 de diciembre de 1999.
Dirección y ciudad de domicilio	Parque principal / Edificio CAM, Caldono
Objeto Social Principales Actividades	ADMINISTRACIÓN PÚBLICA
Número de sucursales	Nacional **(1)** Internacional **( )** Total **(1)**

Subsidiarias:
A menos que sea requerido por el asegurado, esta póliza cubrirá al asegurado y sus subsidiarias (Siempre se encuentren listadas en la caratula de la póliza): (Subsidiaria es cualquier organización que sea controlada por una entidad que este incluida dentro del asegurado por tener o controlar más del 50% de las acciones). Este formulario debe ser completado para reflejar el funcionamiento de todas las entidades para las cuales se solicita cobertura.

La compañía ¿tiene subsidiarias? (En caso afirmativo por favor proporcionar detalle de las mismas, porcentaje de participación y país de constitución)	SI ( )	NO (X)

Nombre	**%**	**País de Constitución**
NO APLICA		

¿El asegurado se ha fusionado o adquirido cualquier otro negocio o entidad durante los últimos 5 años?	SI ( )	NO (X)
En caso afirmativo dar más información		

3. SEGUROS ANTERIORES

¿Es la primera vez que se pide este tipo de seguro?	SI (X)	NO ( )
Fecha de iniciación de cobertura de la póliza actual:	FECHA DE ADJUDICACION DEL PROCESO.	
¿Se ha interrumpido la póliza para alguna vigencia?	SI ( )	NO (X)
En caso afirmativo indicar las razones ES LA PRIMERA VEZ QUE SE VA A CONTRATAR		
¿Desde cuándo viene contratando este tipo de seguro? ES LA PRIMERA VEZ QUE SE VA A CONTRATAR		

Por favor detallar los seguros anteriores para los últimos 2 años:

	Aseguradora	Límites Asegurados	Vigencia	Deducibles
1. Actual	NO APLICA			
2. Anterior	NO APLICA			

4. EXPERIENCIA SINIESTRAL

Favor suministrar una breve información de cualquier pérdida que la Compañía haya sufrido durante los últimos cinco (5) años, tales como infidelidad de empleados, hurto, hurto calificado, desapariciones, destrucción y falsificación. Listar cada pérdida por separado.

FECHA	VALOR DEL SINIESTRO	DESCRIPCION DEL SINIESTRO	MEDIDAS CORRECTIVAS TOMADAS
NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA

(SÍ es necesario, por favor anexar una hoja con los siniestros)

¿En los últimos 5años, el asegurado y/o cualquiera de sus directores se ha visto involucrado en cualquier acción civil, penal o administrativa con respecto a la	SI (X)	NO ( )

violación de cualquier ley o regulación o la comisión de un acto fraudulento o deshonesto? LA PERSONA QUE OCUPABA EL CARGO DE TESORERO GENERAL EN EL AÑO 2021		
¿Conoce cualquier circunstancia que materialmente pueda afectar esta propuesta?	SI ( )	NO (X)
Si la respuesta para cualquiera de las preguntas anteriores es positiva, por favor dar mayores detalles		

Por favor anexar Estados Financieros al cierre de la última vigencia fiscal (Balance General y Estado de Pérdidas y Ganancias) con sus respectivas notas.

5. AUDITORIAS

¿Cubre la auditoría todas las áreas de la Compañía?	SI (X)	NO ( )
En caso negativo, describa las limitaciones que presenta		
¿Quién es el responsable de auditar las cuentas? CONTROL INTERNO Y EL PROFESIONAL UNIVERSITARIO (CONTADOR)		
Explique brevemente ¿Cuál es el alcance y las limitaciones de esta auditoría? SE AUDITAN TODAS LAS AREAS DEL MUNICIPIO		
¿Con qué frecuencia se hacen auditorías internas? 1 VEZ AL MES		
¿A quién reporta? ALCALDE Y ENTES DE CONTROL		
¿Existen Manuales de Auditoría y Procedimientos de Control? SI ( ) NO (X)		

6. COMPRAS

¿Mantiene una lista de vendedores aprobados? LOS PROCESOS DE COMPRA SE REALIZAN DE ACUERDO CON LAS NORMAS PARA ENTIADES ESTATALES A TRAVES DE PROCESOS DE CONTRATACION	SI ( )	NO (X)
¿ Utiliza formatos (órdenes de pago, reportes de recibos y solicitud de cupones de cheques) con números preimpresos seriales? APLICA SOLAMENTE PARA COMPROBANTES DE EGRESO, NO SE UTILIZAN CHEQUES, LOS PAGOS SOLO SE REALIZAN POR TRANFERENCIA ELECTRONICA	SI (X)	NO ( )
¿ Antes del pago son conciliadas las órdenes de compra y recibos de ventas y la información del vendedor con la lista aprobada de vendedores por una persona no asignada a compras y recibo? TODO DE ACUERDO CON EL CONTRATO Y LAS ESPECIFICACIONES, DE ACUERDO CON LAS NORMAS PARA EL SECTOR ESTATAL.	SI (X)	NO ( )
¿Todas las órdenes son confirmadas con los vendedores por alguien no asignado a comprar o recibir? TODO SE AUTORIZA POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO QUE SE DESIGNA EN EL CONTRATO, EL PAGO LO PROYECTA EL CONTRATISTA PAGADOR, Y FINALMENTE EL PAGO LO REALIZA EL TESORERO	SI (X)	NO ( )
¿Los compradores y asistentes de compras están sujetos a límites de autorización? Cuales:	SI ( )	NO (X)

PREVISORA
SEGUROS

7. PROVEEDORES

Describir como es el procedimiento y el control dual que se tiene para la vinculación de proveedores: TODOS LOS PROCESOS DE COMPRA SE REALIZAN DE ACUERDO CON LAS NORMAS DE CONTRATACION ESTATAL.		
Describir el mecanismo de control que se tiene para hacer pagos a proveedores en el exterior y a nivel nacional. TODO SE AUTORIZA POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO QUE SE DESIGNA EN EL CONTRATO, EL PAGO LO PROYECTA EL CONTRATISTA PAGADOR, Y FINALMENTE EL PAGO LO REALIZA EL TESORERO.		
¿Hacen verificación de números de cuentas antes de efectuar el giro o el pago?	SI (X)	NO ( )
¿Verifican que el proveedor sea el previamente aprobado y vinculado a la compañía?	SI (X)	NO ( )

8. INVENTARIOS

¿Se realiza un inventario completo (con chequeo físico) de los stocks (materia prima, materiales, mercancías y repuestos) y de los equipos?	SI (X)	NO ( )
¿Quién es el encargado de realizarlo? EN EL MUNICIPIO EL ENCARGADO DEL ALMACEN LE HACE INVENTARIO A LOS BIENES DEL MUNICIPIO.		
¿Con qué frecuencia? CADA 3 MESES		
¿Son los inventarios de stock y equipos auditados? LA AUDITORIA AL ENCARGADO DEL ALMACEN LA HACE CONTROL INTERNO.	SI (X)	NO ( )
¿Son legalmente responsables en algún momento de su operación de dinero, títulos valores y/o bienes de propiedad de sus clientes o terceros? EN TESORERIA SE HACE RECAUDO DIARIO DE DINERO EN EFECTIVO POR CONCEPTO DE IMPUESTOS.	SI (X)	NO ( )
En caso afirmativo, favor ampliar información sobre el tipo de propiedad del cliente y/o tercero y los controles. RECAUDO DIARIO DE DINERO EN EFECTIVO POR CONCEPTO DE IMPUESTOS, LOS DINEROS SE DEBEN CONSIGNAR DIARIAMENTE.		

9. CONTROLES EN LAS CUENTAS BANCARIAS

Los empleados que reconcilian las cuentas bancarias también:		
¿Firman cheques o autorizaciones de pagos? NO, EL QUE HACE LAS CONCILIACIONES ES EL CONTADOR Y NO REALIZA PAGOS DE NINGUN TIPO.	SI ( )	NO (X)
¿Manejan depósitos?	SI ( )	NO (X)
¿Manejan pagos a través de Cheques? YA NO SE MANEJAN CHEQUES, TODOS LOS PAGOS SON POR MEDIOS ELECTRONICOS.	SI ( )	NO (X)
¿Los empleados que preparan las requisiciones de cheques también tienen autoridad para firmarlos? NO SE MANEJAN CHEQUES.	SI ( )	NO (X)
Sí alguna de las respuestas anteriores fue "Si", ¿qué otros controles se tienen?		

10. CONTROLES INTERNOS

¿Utilizan Vehículos Blindados?	SI ( )	NO (X)
En caso afirmativo, Indicar en que ocasiones		
¿Mantiene un sistema de custodia conjunta y control dual con respecto a Títulos Valores, Cheques, Códigos, Pruebas, Llaves, Cajas Fuertes, Cheques en blanco o propiedades que potencialmente sean de valor? SE MANEJAN TOKENS Y CONTROL DUAL PARA CUALQUIER PAGO.	SI (X)	NO ( )
¿Todos los cheques requieren doble firma? NO SE MANEJAN CHEQUES	SI ( )	NO (X)
¿Son las siguientes funciones segregadas de tal forma que ningún individuo pueda controlar las siguientes actividades de principio a fin sin la intervención de otra persona?:		
¿Firmar cheques o autorizar pagos, o instrucciones de transferencia de fondos (incluyendo inversiones de capital o pago de préstamos)? EL PAGO LO PROYECTA EL CONTRATISTA PAGADOR, Y FINALMENTE EL PAGO LO REALIZA EL TESORERO.	SI ( )	NO (X)
¿ Aperturas de cuentas bancarias o actualización de detalle de firmas aprobadas? FIRMA CONJUNTA ALCALDE Y TESORERO	SI ( )	NO (X)
¿Inversiones y custodia de títulos valores y objetos de valor?	SI ( )	NO (X)
¿Designación de nuevos proveedores o concesión de los contratos?	SI (X)	NO ( )
¿Es toda la documentación soporte validada antes de firmar cheques o autorizar pagos? NO SE UTILIZAN CHEQUES.	SI ( )	NO (X)

11. VALORES EN RIESGO

Cuáles son las cantidades mínimas y máximas que se tienen en un día común de trabajo de:

	EFECTIVO		CHEQUES		TITULOS VALORES	
	MINIMA	MAXIMA	MINIMA	MAXIMA	MINIMA	MAXIMA
PRINCIPAL	$2.000.000	$5.000.000	$0	$0	$0	$0
SUCURSALES	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
AGENCIAS	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

12. METALES PRECIOSOS Y OBRAS DE ARTE

Existe alguna exposición debido a metales o piedras preciosas, obras de arte	SI ( )	NO (X)
En caso afirmativo, por favor adjuntar un listado de estos bienes debidamente valorizado y especificando la ubicación		

13. CONTROLES EN LOS SISTEMAS

¿Se realiza una rotación periódica de los programadores y operadores para minimizar la posibilidad de que los equipos sean usados de una manera inadecuada?	SI ( )	NO (X)
¿Son las labores de los programadores y operadores separadas?	SI ( )	NO (X)
¿ Son las salidas del sistema (informes) reconciliados por personas diferentes a las que preparan y procesan las entradas?	SI ( )	NO (X)
¿Se tienen controles de pre-autorización para los programadores y operadores?	SI ( )	NO (X)
¿Las auditorías incluyen pruebas para detectar cambios no autorizados de programación?	SI ( )	NO (X)
¿Posee un código de usuario automático y manual de uso de este?	SI ( )	NO (X)
¿Las claves son usadas para permitir diferentes niveles de acceso al computador?	SI ( )	NO (X)
¿Las claves son cambiadas cuando un empleado abandona la compañía?	SI ( )	NO (X)
¿Tienen acceso físico o electrónico a los sistemas del asegurado personas diferentes a los empleados?	SI ( )	NO (X)
¿Tiene un programa de auditoría en Procesamiento Electrónico de Datos en operación?	SI ( )	NO (X)
¿Tiene su auditor entrenamiento y experiencia en procesamiento Electrónico de Datos?	SI ( )	NO (X)
En caso afirmativo, descríbala		

14. TRANSFERENCIAS BANCARIAS

¿Cuál es el número diario promedio de transferencias bancarias realizadas?	15	
¿Cuál es la cantidad máxima individual transferida en el último año?	$1.000.000.000	
¿Cuál es el volumen máximo transferido en el último año ?	$10.000.000.000	
¿Quién está autorizado para transferir fondos y ¿Cuál es su límite de autoridad?	TESORERO – SIN LIMITE	
¿Tiene usted manuales de procedimientos actualizados que cubran las transferencias bancarias?	SI ( )	NO (X)
¿Emplea un sistema de devolución de llamada a una persona diferente a la que inició la transferencia?	SI ( )	NO (X)

¿Son los computadores usados para manejar transferencias?	SI (X)	NO ( )
En caso afirmativo, agregar una copia de los procedimientos utilizados. LOS PAGOS SOLO SE PUEDEN HACER DESDE UN COMPUTADOR CON LA MISMA IP.		
¿Se cumplen estos procedimientos?	SI (X)	NO ( )
¿Están los controles de seguridad funcionando?	SI (X)	NO ( )
¿Recibe copias de confirmación de las transacciones en línea y estas se envían a un departamento no autorizado para realizar transferencias?	SI ( )	NO (X)
¿Mantiene cuentas con saldo cero?	SI (X)	NO ( )
En caso afirmativo, describa cuales son los controles para este tipo de cuentas: EL CONTADOR CONCILIA DE MANERA MENSUAL TODAS LAS CUANTAS INDEPENDIENTE DE QUE TENGAN O NO TENGAN SALDO.		
Describa cómo funciona el control dual para las transferencias bancarias: EL PAGO LO PROYECTA EL CONTRATISTA PAGADOR, Y FINALMENTE EL PAGO LO REALIZA EL TESORERO.		

15. PERSONAL

Empleados de Clase 1 : son directores; ejecutivos; empleados que manejan dinero, títulos valores, stocks y equipos de propiedad de la Compañía.

(a) Indicar el número de empleados:

Empleados Clase 1	6
Total Otros empleados	16
Total de empleados	22

¿Todos sus empleados toman al menos dos semanas consecutivas de vacaciones durante el año?	SI (X)	NO ( )
En caso negativo. Informar cuál es la política de vacaciones:		

16. SEGURIDADES FISICAS Y CONTROLES

¿Tiene un manual de operación o instrucciones escritas que cubran todos los aspectos de su negocio?	SI (X)	NO ( )
¿Conocen todos los empleados su contenido?	SI ( )	NO (X)
¿Tiene usted cajas fuertes en los predios?	SI ( )	NO (X)
¿Tienen las cajas fuertes cerraduras de combinación?	SI ( )	NO (X)
¿Se encuentran las cajas fuertes ancladas?	SI ( )	NO (X)
¿Tienen alarmas?	SI ( )	NO (X)

¿Conectadas a una estación central o policía?	SI ( )	NO (X)
¿ Cuentan con celadores?	SI ( )	NO (X)
¿Cuántos celadores en el día? 0		
¿Cuántos celadores en la noche? 0		
Indicar cualquier otro sistema de seguridad adicional con la que cuente el Asegurado. CAMARAS DE SEGURIDAD.		

Hacemos constar que las declaraciones y datos en esta solicitud son verdaderos y que no hemos declarado falsamente ni omitido ningún hecho o dato. Acordamos que esta solicitud, junto con cualquier otra información suministrada por nosotros formará la base de cualquier Contrato de Seguros efectuado sobre ella y será incorporado al mismo. Nos comprometemos a informar a los aseguradores sobre cualquier alteración material a estos hechos, que ocurra antes o después de la finalización del Contrato de Seguro.

EN NOMBRE Y REPRESENTACIÓN DE LA ENTIDAD:

Firma: _____

Nombre y Apellidos: **Ramiro Moreno Lemos**
(Representante Legal)

Cargo: **ALCALDE MUNICIPAL**

Fecha: **23 DE SEPTIEMBRE DE 2026**

La presente declaración realizada por el Asegurado forma parte integral de la póliza a emitirse por la Aseguradora y se considera que todos los datos son exactos para la aceptación del riesgo por parte de **Previsora Seguros S.A.** Cualquier inexactitud en la información proporcionada por el Asegurado puede dar lugar a la rescisión del contrato de seguros.

ESTE DOCUMENTO SÓLO CONSTITUYE UNA SOLICITUD DE SEGURO Y, POR TANTO, NO REPRESENTA GARANTÍA ALGUNA DE QUE LA MISMA SERÁ ACEPTADA POR LA PREVISORA SEGUROS S.A.

Aseguradora Solidaria de Colombia

SOLICITUD PÓLIZA DE INFIDELIDAD Y RIESGOS FINANCIEROS

1. INFORMACIÓN GENERAL

(a) Nombre del Asegurado: MUNICIPIO DE CALDONO

(b) Subsidiarias (indique porcentaje de participación):

NO APLICA

A menos que sea requerido por el asegurado, esta póliza cubrirá al asegurado y sus subsidiarias: (Subsidiaria es cualquier organización que sea controlada por una entidad que esté incluida dentro del asegurado por tener o controlar más del 50% de las acciones). Este formulario debe ser completado para reflejar el funcionamiento de todas las entidades para las cuales se solicita cobertura.

(c) **Dirección**: Parque principal / Edificio CAM, Caldono

(d) Clase de Negocio (del Asegurado y de todas las entidades cubiertas):

ADMINISTRACION PÚBLICA

(e) Fecha de Fundación: Fundación: 15 de febrero de 1730, Creación como municipio: 10 de diciembre de 1999.

(f) Total Activos: $52.617.954.130,75

(g) Total Ventas/Ingresos: $74.326.106.469,89

Número total de Sucursales: 1. Nacional [1] 2. Internacional: [0] 3. Total [1]

Nombre y porcentaje de cualquier accionista que tenga más del 50% del capital accionario:

NOMBRE DEL ACCIONISTA	PORCENTAJE
NO APLICA ES UN MUNICIPIO	

¿El asegurado se ha fusionado o adquirido cualquier otro negocio o entidad durante los últimos 5 años?

Sí [ ] **No** [X] Sí es así, por favor dar mayor información.

Por favor anexar Estados Financieros actualizados (Balance General y Estado de Pérdidas y Ganancias) con sus respectivas notas.

Aseguradora Solidaria de Colombia

2. SEGUROS ANTERIORES

(a) ¿Es la primera vez que se pide este tipo de seguro? **Sí** [X] **No** [ ]

(b) Fecha de iniciación de cobertura de la póliza actual: A PARTIR DE LA RESOLUCION DE ADJUDICACION

(c) ¿Se ha interrumpido la póliza para alguna vigencia? **Sí** [ ] **No** [X]

(d) Hace cuánto tiempo se viene trabajando con esta póliza: ES LA PRIMERA VEZ QUE SE VA A CONTRATAR

Por favor detallar los seguros anteriores para los últimos 2 años:

	Aseguradora	Límites	Periodo	Deducibles
1. Actual	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA
2. Anterior	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA

3. AUDITORIAS

(a) ¿Son las cuentas auditadas por una compañía externa e independiente? **Sí** [ ] **No** [X]

¿Por quién? CONTROL INTERNO - ENTES DE CONTROL ¿Con qué frecuencia? 1 VEZ AL MES

(b) ¿Cubre la auditoría todas las áreas de la compañía? **Sí** [X] **No** [ ]

Si no, describa las limitaciones que presenta:

NO APLICA

(c) ¿La auditoría se hace a todas las Entidades Subsidiarias? **Sí** [ ] **No** [X]

Si no, dar mayor detalle:

EL MUNICIPIO NO TIENE SUBSIDIARIAS

(d) ¿Se hacen informes de auditoría por escrito? **Sí** [X] **No** [ ]

¿Sí es así, indique a quién se le dirigen? ALCALDE - ENTES DE CONTROL

(e) ¿La auditoría externa revisa los sistemas de control interno? **Sí** [X] **No** [ ]

(f) ¿Ha cambiado de Auditor Externo en los últimos 3 años? **Sí** [ ] **No** [X]

¿Por qué? NOMBRADO POR EL PRESENTE PERIODO DE LA ALCALDIA

(g) ¿Los Auditores Externos han realizado recomendaciones que no hayan sido adoptadas?

Si [ ] **No** [X]

Explique NO APLICA

(h) Si no se requiere de una auditoría externa independiente, ¿quién es el responsable de auditar las cuentas? EL CONTADOR

Aseguradora Solidaria de Colombia

Brevemente explicar cuál es el alcance y las limitaciones de esta auditoría:

REALIZA CONCILIACIONES BANCARIAS

(i) ¿Se tiene un departamento de auditoría interna? Sí [X] No [ ]

(j) Con qué frecuencia se hacen auditorías internas: 1 VEZ AL MES

(k) Cuantas personas componen este departamento? 1

(l) ¿A quién reporta? ALCALDE Y ENTES DE CONTROL

(m) ¿Se hacen informes de auditoría por escrito? Sí [X] No [ ]

¿Sí es así, indique a quién se le dirigen? ALCALDE - ENTES DE CONTROL

(n) Cubre la auditoría todas las áreas de la Compañía? Sí [X] No [ ]

Si no, describa las limitaciones que presenta:

NO APLICA

(n) ¿La auditoría se hace a todas las Entidades Subsidiarias? Sí [ ] No [X]

Si no, dar mayor detalle:

EL MUNICIPIO NO TIENE SUBSIDIARIAS

(o) ¿Se auditan las facilidades de Procesamiento Electrónico? Sí [ ] No [X]

(n) Existen Manuales de Auditoría y Procedimientos de Control? Sí [X] No [ ]

4. COMPRAS

(a) ¿Mantiene una lista de vendedores aprobados? Sí [ ] No [X]

(b) ¿Utiliza formatos (órdenes de pago, reportes de recibos y solicitud de cupones de cheques) con números preimpresos seriales? Sí [X] No [ ]

(c) ¿Antes del pago son conciliadas las órdenes de compra y recibos de ventas y la información del vendedor con la lista aprobada de vendedores por una persona no asignada a compras y recibo? Sí [X] No [ ]

(d) Todas las ordenes son confirmadas con los vendedores por alguien no asignado a comprar o recibir? Sí [X] No [ ]

(e) Los compradores y asistentes de compras están sujetos a límites de autorización? Sí [ ] No [X]

Cuáles: [ ]

5. INVENTARIOS

Se realiza un inventario completo (con chequeo físico) de los stocks (materia prima, ¿materiales, mercancías y repuestos) y de los equipos? **Sí** [X] **No** [ ]

¿Quién es el encargado de realizarlo? ENCARGADO DE ALMACEN

¿Con qué frecuencia? CADA 3 MESES

¿Son los inventarios de stock y equipos auditados? **Sí** [X] **No** [ ]

6. CONTROLES EN LAS CUENTAS BANCARIAS

Los empleados que reconcilian las cuentas bancarias también:

(a) ¿Firman cheques? **Sí** [ ] **No** [X]

(b) ¿Manejan depósitos? **Sí** [ ] **No** [X]

(c) ¿Tienen acceso a máquinas visadoras de Cheques? **Sí** [ ] **No** [X]

(d) ¿Los empleados que preparan las requisiciones de cheques también tienen autoridad para firmarlos? **Sí** [ ] **No** [X]

Sí alguna de las respuestas anteriores fue "Si", ¿qué otros controles se tienen?

NO APLICA

7. VALORES EN RIESGO

(a) Cuáles son las cantidades promedio y máximas que se tienen en un día común de trabajo de:

	EFECTIVO	CHEQUES	TITULOS VALORES
PRINCIPAL	5.000.000	NO APLICA	NO APLICA
SUCURSALES	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA
AGENCIAS	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA

Cuáles son las cantidades promedio y máximas que se transportan con mensajeros:

	EFECTIVO	CHEQUES	TITULOS VALORES
PRINCIPAL	5.000.000	NO APLICA	NO APLICA
SUCURSALES	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA
AGENCIAS	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA

(b) ¿Utilizan Vehículos Blindados? **Sí** [ ] **No** [X]

Indicar en que ocasiones NO APLICA

(c) ¿Mantiene un sistema de custodia conjunta y control dual con respecto a Títulos Valores, Cheques, Códigos, Pruebas, Llaves, Cajas Fuertes, Cheques en blanco o propiedades que potencialmente sean de valor? **Sí** [X] **No** [ ]

¿Todos los cheques requieren doble firma? **Sí** [ ] **No** [X]

Aseguradora Solidaria de Colombia

8. METALES PRECIOSOS

¿Existe alguna exposición debido a metales o piedras preciosas (por ejemplo, plata, oro, platino, diamantes o materiales similares que tengan un alto costo)? **Sí** [ ] **No** [X]

Si es así, por favor agregar una copia del manual de procedimientos y un listado de esos metales y piedras preciosas en donde se indique el lugar donde están ubicados, el valor promedio y máximo de esos materiales en cada predio y los controles que se tienen para su uso (quién tiene acceso, que protecciones al hacer el inventario se tienen, etc.) y en qué forma los materiales están (barras, polvo, etc.).

9. CONTROLES EN LOS SISTEMAS

(a) ¿Se realiza una rotación periódica de los programadores y operadores para minimizar la posibilidad de que los equipos sean usados de una manera inadecuada? **Sí** [ ] **No** [X]

(b) ¿Son las labores de los programadores y operadores separadas? **Sí** [ ] **No** [X]

(c) ¿Son las salidas del sistema (informes) reconciliados por personas diferentes a las que preparan y procesan las entradas? **Sí** [ ] **No** [X]

(d) ¿Se tienen controles de pre-autorización para los programadores y operadores? **Sí** [ ] **No** [X]

(e) ¿Las auditorías incluyen pruebas para detectar cambios no autorizados de programación? **Sí** [ ] **No** [X]

(f) ¿Posee un código de usuario automático y manual de uso de este? **Sí** [ ] **No** [X]

(g) ¿Las claves son usadas para permitir diferentes niveles de acceso al computador? **Sí** [ ] **No** [X]

(h) ¿Las claves son cambiadas cuando un empleado abandona la compañía? **Sí** [ ] **No** [X]

(i) ¿Tienen acceso físico o electrónico a los sistemas del asegurado personas diferentes a los empleados? **Sí** [ ] **No** [X]

(j) Tiene un programa de auditoría en Procesamiento Electrónico de Datos en operación? **Sí** [ ] **No** [X]

(k) Tiene su departamento de Auditoría Interna entrenamiento y experiencia en auditoría en Procesamiento Electrónico de Datos? **Sí** [ ] **No** [X]

Descríbala:

10. TRANSFERENCIAS BANCARIAS

(a) ¿Cuál es el número diario de transferencias bancarias realizadas?	15
(b) ¿Cuál es la cantidad máxima individual transferida?	$1.000.000.000
(c) ¿Cuál es el volumen máximo mensual transferido?	$10.000.000.000

(d) ¿Quién está autorizado para transferir fondos y cuál es su límite de autoridad?

TESORERO - SIN LIMITE

(e) ¿Tiene usted manuales de procedimientos actualizados que cubran las transferencias bancarias?
Sí [ ] No [X]

(f) Emplea un sistema de devolución de llamada a una persona diferente a la que inició la transferencia?
Sí [ ] No [X]

(g) Son los computadores usados para manejar transferencias? Sí [X] No [ ]

Sí es así, agregar una copia de los procedimientos utilizados.

¿Se cumplen estos procedimientos? Sí [X] No [ ]

¿Están los controles de seguridad funcionando? Sí [X] No [ ]

(h) Recibe copias de confirmación de las transacciones en línea y estas se envían a un departamento no autorizado para realizar transferencias? Sí [ ] No [X]

(i) Mantiene cuentas con saldo cero? Sí [X] No [ ]

Si es así, describa cuales son los controles para este tipo de cuentas:

EL CONTADOR CONCILIA DE MANERA MENSUAL TODAS LAS CUANTAS INDEPENDIENTE DE QUE TENGAN O NO TENGAN SALDO.

(j) Describa cómo funciona el control dual para las transferencias bancarias

EL PAGO LO PROYECTA EL CONTRATISTA PAGADOR, Y FINALMENTE EL PAGO LO REALIZA EL TESORERO

11. PERSONAL

Empleados de Clase 1 son directores; ejecutivos; empleados que manejan dinero, títulos valores, stocks y equipos de propiedad de la Compañía.

(a) Indicar el número de empleados:

Empleados Clase 1 [6] Total Otros empleados [16] Total de empleados [22]

(b) ¿Se tiene un proceso de selección detallado de los empleados de la Compañía?
Sí [ ] No [X]

(c) ¿REQUIERE QUE TODOS SUS EMPLEADOS TOMEN AL MENOS DOS SEMANAS CONSECUTIVAS DE VACACIONES?
Sí [X] No [ ]

12. SEGURIDADES FISICAS Y CONTROLES

(a) ¿Tiene un manual de operación o instrucciones escritas que cubran todos los aspectos de su negocio? Sí [X] No [ ]

¿Conocen todos los empleados su contenido? Sí [ ] No [X]

(b) ¿Tiene usted cajas fuertes en los predios? Sí [ ] No [X]

¿Tienen las cajas fuertes cerraduras de combinación? Sí [ ] No [X]

¿Se encuentran las cajas fuertes ancladas? Sí [ ] No [X]

(c) ¿Tienen alarmas? Sí [ ] No [X]

¿Conectadas a una estación central? Sí [ ] No [X]

¿Conectadas a la policía? Sí [ ] No [X]

(d) ¿Cuentan con celadores? Sí [ ] No [X]

¿Cuántos celadores en el día? [0] ¿Cuántos celadores en la noche? [0]

Si son contratados con una firma externa indicar el nombre de la misma: NO APLICA

(e) Indicar cualquier otro sistema de seguridad adicional con la que cuente el Asegurado.

CAMARAS DE SEGURIDAD

13. EXPERIENCIA SINIESTRAL

(a) Favor suministrar una breve información de cualquier pérdida que la Compañía haya sufrido durante los últimos cinco (5) años, tales como infidelidad de empleados, hurto, hurto calificado, desapariciones, destrucción y falsificación. Listar cada pérdida por separado.

FECHA	VALOR DEL SINIESTRO	DESCRIPCION DEL SINIESTRO	MEDIDAS CORRECTIVAS TOMADAS
En desarrollo de proceso de contratación de los seguros del Municipio, se publicará la siniestralidad de los ultimos 5 años de todos los seguros contratados. Se aclara que es la primera vez que se va a contratar el seguro de RF.			

(SÍ es necesario, por favor anexar una hoja con los siniestros)

(b) En los últimos 6 años, el asegurado y/o cualquiera de sus directores se ha visto involucrado en cualquier acción civil, penal o administrativa con respecto a la violación de cualquier ley o regulación o la comisión de un acto fraudulento o deshonesto? Sí [X] No [ ]

(c) ¿Conoce cualquier circunstancia que materialmente pueda afectar esta propuesta? Sí [ ] No [X]

(d) ¿Les ha sido rechazada alguna propuesta de seguro de este tipo por alguna Compañía de Seguros o les han cancelado alguna póliza o declinado su renovación? Sí [ ] No [X]

Si la respuesta para cualquiera de las preguntas anteriores es positiva, por favor dar mayor detalles

NO APLICA

14. LÍMITE ASEGURADO SOLICITADO

Favor Indicar el límite asegurado que desea le sea cotizado:

$100.000.000

Aseguradora Solidaria de Colombia

CONSTANCIA DE ASESORIA
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
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.

Hacemos constar que las declaraciones y datos en esta solicitud son verdaderos y que no hemos declarado falsamente ni omitido ningún hecho o dato. Acordamos que esta solicitud, junto con cualquier otra información suministrada por nosotros formará la base de cualquier Contrato de Seguros efectuado sobre ella y será incorporado al mismo. Nos comprometemos a informar a los aseguradores sobre cualquier alteración material a estos hechos, que ocurra antes o después de la finalización del Contrato de Seguro. El hecho de firmar esta Solicitud no obliga al solicitante a llevar a término este Seguro.

Fechado en MUNICIPIO DE CALDONO a los 23 días de SEPTIEMBRE de 2026

Firmado: _____

Nombre: RAMIRO MORENO LEMOS

Cargo: ALCALDE MUNICIPAL

Fecha: 23 DE SEPTIEMBRE DE 2026

Aseguradora Solidaria de Colombia

¡Siempre junto a ti!

Somos la Tercera Mejor Empresa para Trabajar en Colombia — Great Place To Work. Las Mejores Empresas para Trabajar 2017 Colombia. Categoría: Empresas nacionales con más de 500 colaboradores

Somos la Tercera Mejor Empresa para Trabajar en América Latina — Great Place To Work. Las Mejores Empresas para Trabajar 2018 América Latina. Categoría: Empresas nacionales con más de 500 colaboradores

Compañía de Seguros

Popayan, septiembre 28 de 2.026.

Señores
MUNICIPIO DE CALDONO.
Caldono – Cauca.

REF: OBSERVACIONES SELECCION ABREVIADA DE MENOR CUANTIA SAMC-013-2026

Del Asunto en mención se presentan las siguientes observaciones:

TRDME.

1.- Para el Amparo de HAMCC Y AMIT, toma a poblaciones solicitamos respetuosamente se permita sub limitar este amparo al 90%.

2.- Con relación al Item de Acueducto Caldono (Redes de Acueducto y Alcantarillado) por valor de $319.882. 643.oo solicitamos sub limitarlo al 30%.

3.- Con relación al Item de Acueducto Siberia (redes acueducto y alcantarillado), por valor de $162.427. 376.oo solicitamos sub limitarlo al 30%.

4.- En el ítem Maquinaria y Equipos por valor de $11.575.079.oo, informarnos a que tipo de maquinaria esta referido y si corresponden a valores de reposición o reemplazo.

RCSP.

5.- Se anexa formulario de RCSP, para su diligenciamiento, firma y publicación.
6.- Informarnos si este ramo se han presentado hallazgos por parte de los entes de control para el año 2025-2026.

IRF.

7.- Anexamos formulario de IRF, para su diligenciamiento, firma y publicación. Anexar los estados financieros de los últimos dos años 2024, 2025.

AUTOMOVILES.

8.- La clausula de Amparo Automático favor estipularla en la suma de $300.000.000.o.

SINIESTRALIDAD.

9.- Informar la siniestralidad del todo el programa en el periodo 2025-2026, detallando fecha de aviso, fecha siniestro, vr reserva, vr pagado, amparo afectado etc.

Cordialmente,

DIEGO CERTUCHE CHAGUENDO
DIRECTOR TECNICO
AGENCIA DELEGADA SEAS POPAYÁN
Calle 8 #9-24 Barrio San Camilo diagonal a los juzgados
Tel. 8200586 - 3174021184

FM-ADM-43