FORMULARIO SEGURO DE RESPONSABILIDAD SERVIDORES PÚBLICOS

Este documento constituye una solicitud de seguro y por lo tanto puede o no ser aceptada por asegurador. Una vez analizada la información proporcionada por la Entidad, el asegurador se reserva el derecho de proponer alternativas de cobertura. Una vez celebrado el contrato de seguro, este formulario se convertirá en parte integral de la póliza. Es fundamental que todas las preguntas sean contestadas correcta y completamente.

1. Nombre de la Empresa	**MUNICIPIO DE GRANADA**
2. Objeto Social	ENTIDAD TERRITORIAL DEL ESTADO COLOMBIANO DEL ORDEN MUNICIPAL
3. Tiempo durante el cual se encuentra desarrollando su actual actividad	65 AÑOS
4. Persona contacto:	

5. **Sumas aseguradas a cotizar:**

	VALORES ASEGURADOS
Propuesta Básica	

OFERTA BASICA DE VALOR ASEGURADO	
Distribución:	
1,- Perdida fiscal - En el agregado anual	CONFORME ANEXO TÈCNICO
2,- Gastos de defensa	Hasta 50% del valor del Básico

6. Relacione los cargos a reportar

ITEM	CARGO
1	ALCALDE MUNICIPAL
2	SECRETARIA DE GOBIERNO Y PARTICIPACION CIUDADANA
3	SECRETARIO JURIDICO
4	SECRETARIO DE PLANEACION
5	SECRETARIO DE INFRAESTRUCTURA
6	SECRETARIO DE HACIENDA
7	SECRETARIA DE DESARROLLO ECONOMICO Y COMPETITIVIDAD
8	SECRETARIA DE LA MUJER E INCLUSION SOCIAL
9	SECRETARIA DE SALUD
10	SECRETARIO DE TRANSITO Y TRANSPORTE
11	SECRETARIA DE EDUCACION, CULTURA, RECREACION, Y DEPORTE
12	SECRETARIO ADMINISTRATIVO
13	ALMACENISTA GENERAL
14	TESORERA

7. 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:

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

SI ___ NO (X) En caso afirmativo, dar detalles:

9. ¿Se está estudiando o considerando la cotización en bolsa de las acciones de su empresa?

SI ___ NO (X) En caso afirmativo, dar detalles:

10. Es la Compañía:

Pública (X) Mixta _____

En caso de ser Mixta especificar el porcentaje de acciones así:

En poder del Estado	
En Poder del sector privado	

11. Sociedades que posean al menos 15% del capital social de la empresa, identidad y porcentaje en cada caso, y especificar si están representados en el consejo. Dar detalles

NOMBRE DE LA SOCIEDAD	% DE PARTICIPACIÓN	REPRESENTADOS EN JUNTA

12. La Compañía se encuentra bajo la vigilancia y Control de:

Contraloría	X
Fiscalía	X
Personería	X
Procuraduría	X
Empresas de Regulación	
Otras:	

13. ¿Tiene la empresa en el momento Seguro de Responsabilidad Civil Servidores Públicos o directores y Administradores? SI (x) NO___

En caso afirmativo especifique:

Vigencia	365 dias
Fecha de Retroactividad	01 de Enero de 2016
Limite Asegurado	$2.500.000.000
Compañía de Seguros	ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA E C

15. ¿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:

16. ¿La entidad tiene un ente interno que realiza Investigaciones Disciplinarias Internas?

SI (X) NO___ En caso afirmativo dar detalles:

La oficina de Control Disciplinario que por mandato legal debe tener la entidad.

17. ¿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:

18. ¿Se ha tenido conocimiento durante los últimos cinco años de eventos que puedan dar lugar a la iniciación de una demanda, investigación o proceso contra los funcionarios que se pretende amparar, por parte de los Organismos de Control o ante Jueces de la República?

SI ( ) NO X

En caso Afirmativo por favor relacionar en detalle: Se relacionan los Siniestros atendidos por el asegurador actual solo para los gastos de defensa.

19. ¿Indique si la sociedad o alguno de los cargos reportados o algunas de las personas para las que solicita este seguro se ha visto alguna vez afectada por una reclamación en su contra o por una investigación por parte de cualquier entidad competente?

SI (_) NO _X_

En caso Afirmativo por favor relacionar en detalle: Se relacionan los Siniestros atendidos por el asegurador actual solo para los gastos de defensa.

20. ¿Tiene alguna de las personas para las que se propone este seguro, conocimiento de alguna circunstancia o incidente que pudiera dar lugar a la reclamación de un tercero?

SI ___ NO (X)

En caso Afirmativo por favor relacionar detalle de las circunstancias o incidentes

Indiquen si hay:

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

SI ___ NO (X) y/o

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

SI ___ NO (X)

DECLARACIÓN FORMAL

Por favor lea cuidadosamente la siguiente declaración y firme a continuación en el espacio indicado. Si se celebra el contrato de seguro, esta declaración se adjuntará al mismo.

Declaro que la totalidad de la información suministrada en este formulario es exacta, y que no se ha omitido voluntariamente, ni siquiera suprimido ningún hecho. También informaré al Asegurador cualquier modificación que ocurra desde este día hasta la fecha de inicio de vigencia de la póliza. 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: Alcalde Municipal	
Nombre:	

Documentos adjuntos a este formulario:

- Balance General comparativo dos últimos años de ejercicio
- Informe del Revisor Fiscal o entidad que haga sus veces, del último año de ejercicio.
- Organigrama general de la Empresa.