

**ANEXO No. 3**

**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 las mismas.

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. DATOS GENERALES

A. NOMBRE DE LA ENTIDAD: UNIVERSIDAD DEL CAUCA – UNIDAD DE SALUD

B. OBJETO SOCIAL: ASEGURAMIENTO Y PRESTACION DE SERVICIOS

C. TIEMPO DURANTE EL CUAL SE ENCUENTRA DESARROLLANDO SU ACTUAL ACTIVIDAD.

2. INDICAR LAS SUMAS ASEGURADAS COTIZAR:

Las indicadas en el Anexo 1 del Pliego de Condiciones

RELACIONE LOS CARGOS QUE DESEA ASEGURAR

UNIDAD DE SALUD UNIVERSIDAD DEL CAUCA RELACION DE CARGOS QUE REQUIEREN POLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL	
CARGOS DE PLANTA	NUMERO
DIRECTOR DE LA UNIDAD (ORDENADOR DEL GASTO)	1
SUBDIRECTOR CIENTÍFICO	1
JEFE FINANCIERO Y ADMINISTRATIVO	1
TECNICO ADMINISTRATIVO (ALMACÉN)	1
TECNICO ADMINISTRATIVO (TESORERIA)	1
TECNICO ADMINISTRATIVO (FARMACIA)	1



3. DURANTE LOS ÚLTIMOS CINCO AÑOS

A) HA CAMBIADO LA DENOMINACIÓN DE LA COMPAÑÍA?

SI  NO  EN CASO AFIRMATIVO DAR  
DETALLES

-----  
-----  
-----  
-----

B) LA ESTRUCTURA DEL CAPITAL SOCIAL HA SUFRIDO  
MODIFICACIONES?

SI  NO  EN CASO AFIRMATIVO DAR  
DETALLES

-----  
-----  
-----  
-----

C) HA TENIDO LUGAR ALGUNA ADQUISICIÓN, FUSION O ABSORCION,  
ETC. DE OTRAS EMPRESAS?

SI  NO  EN CASO AFIRMATIVO DAR DETALLES

-----  
-----  
-----  
-----

5. A) CONSIDERA ACTUALMENTE LA POSIBILIDAD DE ALGUNA FUSIÓN,  
ADQUISICIÓN ETC DE OTRAS EMPRESAS?

SI  NO  EN CASO AFIRMATIVO 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  EN CASO AFIRMATIVO DAR  
DETALLES

-----  
-----  
-----  
-----

C) SE ESTÁ ESTUDIANDO O CONSIDERANDO LA COTIZACIÓN EN BOLSA DE LAS ACCIONES DE LA EMPRESA?

SI  NO  EN CASO AFIRMATIVO DAR  
DETALLES

-----  
-----  
-----  
-----

6. ES LA EMPRESA

A) PÚBLICA  B) MIXTA

EN CASO DE SER MIXTA ESPECIFICAR EL PORCENTAJE DE ACCIONES ASÍ:

EN PODER DEL ESTADO  
PRIVADO

EN PODER DEL SECTOR

\_\_\_\_\_

7. LA EMPRESA SE ENCUENTRA BAJO LA VIGILANCIA O CONTROL DE

CONTRALORIA  PERSONERIA  PROCURADURIA   
FISCALIA  SUPERINTENDENCIA  EMPRESAS DE  
REGULACION

8. CAPITAL SOCIAL DE LA COMPAÑÍA

XXXXXXXXXXXXX

A) NUMERO DE ACCIONISTAS



CON DERECHO A VOTO

SIN DERECHO A VOTO

\_\_\_\_\_

A) RELACIONE LOS ACCIONISTAS QUE POSEAN AL MENOS EL 15% DEL CAPITAL SOCIAL DE LA EMPRESA, IDENTIDAD Y PORCENTAJE EN CADA CASO, Y ESPECIFICAR SI ESTÁN REPRESENTADOS EN LA JUNTA DIRECTIVA. DAR DETALLES.

\_\_\_\_\_

B) COMPAÑÍAS FILIALES DE LA EMPRESA, PORCENTAJE DE PARTICIPACIÓN EN AQUELLAS. PARA SU INFORMACIÓN LES INDICAMOS QUE QUEDARÁN AUTOMÁTICAMENTE INCLUIDAS INCLUIDAS EN LAS 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 ÚLTIMOS 18 MESES?

SI  NO  EN CASO AFIRMATIVO DAR DETALLES

10. TIENE LA EMPRESA EN EL MOMENTO SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL SERVIDORES PUBLICOS O DIRETORES Y ADMINISTRADORES?

SI  NO  EN CASO AFIRMATIVO ESPECIFIQUE

VIGENCIA: DESDE \_\_\_\_\_ HASTA \_\_\_\_\_  
LIMITE ASEGURADO  
COMPAÑÍA DE SEGUROS

11. TIENE LA EMPRESA O ALGUNO DE SUS ACTUALES DIRECTIVOS O ALTOS CARGOS ALGÚN OTRO SEGURO AMPARANDO EL RIESGO QUE SE PROPONE?

\_\_\_\_\_

12. HA RECHAZADO O NEGADO ALGÚN ASEGURADOR LA COBERTURA DEL RIESGO A LAS PERSONAS PARA QUIEN 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 CON EL 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 RECLAMACION DE UN TERCERO?

SI  NO  EN CASO AFIRMATIVO DAR DETALLES

-----  
-----  
-----

15. EXISTE ALGUNA CALIFICACIÓN, COMENTARIO Y OBSERVACIÓN CONTENIDA EN EL INFORME DE LOS AUDITORES EXTERNOS O ENTIDADES DE CONTROL SOBRE LA COMPAÑIA

SI  NO  EN CASO AFIRMATIVO DAR DETALLES

-----  
-----  
-----

16. EXISTE ALGUNA RESPONSABILIDAD O ASPECTO EXTRAORDINARIO INDICADO DENTRO DEL INFORME FINANCIERO

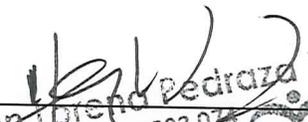
SI  NO  EN CASO AFIRMATIVO DAR DETALLES



**POR FAVOR ANEXAR LOS ESTADOS FINANCIEROS**

EL ABAJO AFIRMANTE 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 INTEGRANTE DE LA PÓLIZA. LOS ASEGURADORES QUEDAN AUTORIZADOS A REALIZAR CUALQUIER INDAGACIÓN, CONSULTA O SOLICITUD DE INFORMACIÓN QUE SE CONSIDERE NECESARIA.

FIRMADO :

  
Helen Lorena Pedraza V.  
C.C. 25.283.074  
DIRECTORA  
UNIDAD DE SALUD  
Ciudad del Comercio

CARGO :

DIRECTORA  
UNIDAD DE SALUD  
Ciudad del Comercio

NOMBRE :

HELEN LÓRENA PEDRAZA VELASCO

FECHA :

11 DE FEBRERO DE 2025