

## **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.

RTA. EMPRESA DE LICORES DE CUNDINAMARCA, OBJETO: Administrar el monopolio de licores, alcoholes y productos a fines fabricar y/o comercializar licores, alcoholes y sus derivados sujetos al monopolio rentístico del Departamento.

TIEMPO DE DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD: 25 de noviembre de 1958

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

- 3.** Indicar las sumas aseguradas a cotizar:

RTA: Alternativa 1 Valor asegurado: \$ 2.645.000.000

- 4.** Relacione los cargos que desea asegurar

Cargo:

Gerente General

Jefe de Oficina Control Interno

Jefe de Oficina Control Interno Disciplinario

Jefe de Oficina Gestión Contractual

Subgerente General de Entidad Descentralizada Subgerencia Administrativa

Subgerente General de Entidad Descentralizada Subgerencia Comercial

Subgerente General de Entidad Descentralizada Subgerencia Financiera

Subgerente General de Entidad Descentralizada Subgerencia Técnica

Subgerente General de Entidad Descentralizada Subgerencia Talento Humano

Jefe Oficina Asesora Oficina Asesora de Jurídica

Jefe Oficina Asesora Oficina Asesora de Planeación y Sistemas de Información

Tesorera General

Almacenista General

**5.** 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, fusión, absorción, etc. de otras empresas?

SI \_\_\_\_\_ NO  \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, dar detalles:

---

---

**6.** 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 otra empresa?

SI \_\_\_\_\_ NO  \_\_\_\_\_

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: N/A

Con derecho a voto: N/A

Sin derecho a voto: N/A

c) 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.

N/A

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?

N/A

**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

En caso afirmativo especifique,

Vigencia 30/08/2019 – 29/02/2020  
Límite Asegurado: 700.000.000  
Compañía; AXA COLPATRIA

**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:

N/A

b) Alguna responsabilidad o aspecto extraordinario indicado dentro del informe financiero. En caso afirmativo, proporcionen una traducción a inglés.

NO

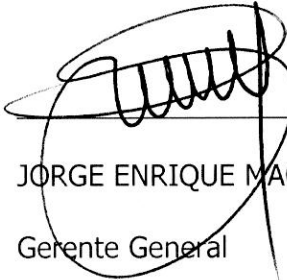
El abajo firmante declara que acorde con su conocimiento, las declaraciones contenidas en esta solicitud son verdad. La firma de esta solicitud no obliga al abajo firmante a la formalización del seguro propuesto, pero se acuerda que esta solicitud se adjuntará y constituirá parte de la póliza. los aseguradores quedan autorizados a realizar cualquier indagación y consulta que, en conexión con esta solicitud considere necesaria.

Firmado

Nombre:

Cargo

Fecha



---

JORGE ENRIQUE MACHUCA LOPEZ

Gerente General

17 de Febrero 2020

Vo.Bo. María Elizabeth Valero Rico  
Subgerencia Administrativa

Vo.Bo. Sandra Milena Cubillos  
Oficina Jurídica (E)