

**CUESTIONARIO DE
SEGURO DE RESPONSABILIDAD PARA
SERVIDORES PUBLICOS
UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PEREIRA**

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 ENTIDAD: | UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PEREIRA |
| 2. Objeto Social: | EDUCACIÓN SUPERIOR |
| Tiempo durante el cual se encuentra desarrollando su actual actividad: | AÑOS: 56 |
| 4. Persona contacto: | Orlando Cañas Moreno |
| 5. Valores asegurados. | Según Slip técnico adjunto a los términos de referencia \$2.000'000.000 |
| 6. Adjuntar, relación completa de los asegurados donde se establezca el cargo, antigüedad en la Entidad Estatal y sus funciones. Nota: Se adjunta al presente formulario | |
| 7. Relacione los cargos que deben quedar amparados Se adjunta al presente formulario | |

CARGOS CUYOS FUNCIONARIOS SE PRETENDE ASEGURAR	
1	
2	
3	
4	
5	

TOTAL CARGOS REPORTADOS : xxx- ()

8. Durante los últimos cinco años:

a) Ha cambiado la denominación de la Entidad?

SI ☐ NO ☒ En caso afirmativo, dar detalles:

b) La estructura del capital social ha sufrido modificaciones?

SI ☐ NO ☒ En caso afirmativo, dar detalles:

c) Considera actualmente la posibilidad de alguna fusión, adquisición, etc. De otras Entidades?

SI ☐ NO ☒ En caso afirmativo, dar detalles:

d) Se está estudiando o considerando la cotización en bolsa de las acciones de su Entidad?

SI ☐ NO ☒ En caso afirmativo, dar detalles:

9. Es la ENTIDAD?

☒ Pública

☐ Mixta

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

En poder del Estado	
En Poder del sector privado	

10. 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

11. La ENTIDAD se encuentra bajo la vigilancia y Control de:

Contraloría	<u>X</u>
Fiscalía	<u> </u>
Personería	<u> </u>
Procuraduría	<u>X</u>
Empresas de Regulación	<u> </u>
Otras:	<u>Ministerio de Educación Nacional</u>

12. Es la Entidad 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:

13. La entidad tienen un ente interno que realiza Investigaciones Disciplinarias Internas?

SI X NO En caso afirmativo dar detalles: **Oficina de Control Interno**

14. 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:

15. En el desempeño de la Universidad, ha existido alguna reclamación, demanda o investigación por parte de un tercero y/o de los organismos de control (Incluyendo sin estar limitado a ella, investigaciones y juicios de responsabilidad fiscal de la Contraloría General de la República – Procuraduría - Fiscalía

SI X NO

Indiquen si hay:

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

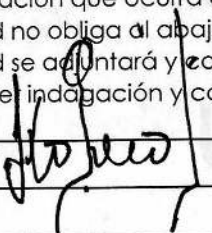
Bureau Veritas Certification (Certificación del Sistema de Gestión de Calidad bajo las normas ISO 9001: 2008 y GP 1000:20009)
Calificadora de Riesgos (Positivo)
Consejo Nacional de Acreditación

b) alguna responsabilidad o aspecto extraordinario indicado dentro del informe financiero y/o el informe de la CGR?

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:	RECTOR
Nombre:	LUIS FERNANDO GAVIRIA TRUJILLO
Fecha:	Febrero 2017

* El Formulario deberá ser firmado por una persona que ostente plenas facultades de representación legal de la Sociedad. Es importante que esta persona tenga un buen conocimiento del ámbito de esta cobertura para que las preguntas sean contestadas correctamente. En caso de duda rogamos contacten a DELIMA MARSH S.A. puesto que la no divulgación de información puede afectar a los derechos del asegurado o puede anular la póliza.

LISTADO DE DOCUMENTOS OBLIGATORIOS QUE SE DEBEN ADJUNTAR:

- 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.

Los aseguradores, están además autorizados para solicitar cualquier otra información que consideren necesaria y en conexión con este seguro.