

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.

- Nombre de la empresa, objeto social, tiempo durante el cual se encuentra desarrollando su actividad actual.

Nombre de la Empresa: UNIVERSIDAD MILITAR NUEVA GRANADA

Objeto Social: El objeto principal es una institución de educación superior Oficial y su carácter académico es el de Universidad, creada mediante Decreto Ley número 84 de 1/23/1980 expedido por Congreso de la República. Que la Universidad Militar Nueva Granada, adscrita al Ministerio de Defensa Nacional, obtuvo reconocimiento institucional como Universidad según Resolución 12975 del 23 de Julio de 1982 del Ministerio de Educación Nacional.

- Adjuntar relación detallada de los funcionarios asegurados, donde se establezca nombre, cargo, antigüedad en la empresa y funciones.

CARGO QUE DESEMPEÑA	DEPENDENCIA	FUNCIONES
Rector	Rectoría	Las establecidas en el manual de funciones
Jefes Oficinas	Oficina Asesora Jurídica, Oficina Asesora de Planeación, Oficina Asesora de las tecnologías de la Información, Oficina Control Interno de Gestión, Oficina de Control Interno Disciplinario, Oficina de Protección de Patrimonio, Oficina de Relaciones Internacionales, Oficina de Acreditación, Escuela de Altos Estudios.	Las establecidas en el manual de funciones
Vicerrectorías	Vicerrectoría General, Vicerrectoría Campus, Vicerrectoría Académico, Vicerrectoría Administrativo, Vicerrectoría de Investigaciones Vicerrector Administrativo, Vicerrectorías de cada sede	Las establecidas en el manual de funciones



Jefe de División	División Financiera División Logística / División de Gestión del Talento Humano/ Delegado Ordenador del Gasto. División de Contratación y Adquisiciones/ Delegado Ordenador del Gasto. Escuela de altos Estudios Estratégicos. División de Extensión y Proyección social. División Dirección Medio Estudiantil. División Comunicaciones, Publicaciones y Mercadeo, División Gestión de Calidad. División de Gestión documental. División de Admisiones, Registro y Control Académico, División de Recursos Educativos, División de Laboratorios, División de Desarrollo Tecnológico, División de Investigación Científica, División de Investigación e Innovación, División Editorial de Comunicación Científica. Dirección Académica Campus. División Medio Universitario. Dirección Administrativa.	Las establecidas en el manual de funciones
Contador	División Financiera	Las establecidas en el manual de funciones
Tesorero	División Financiera	Las establecidas en el manual de funciones
Almacenista	División Logística	Las establecidas en el manual de funciones



3. Indicar las sumas aseguradas requeridas:

Alternativa 1 \$7.100.000.001
 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

c. ¿Ha tenido lugar alguna adquisición, fusión, absorción, etc., de otras empresas?

Si _____ No X

En caso afirmativo favor dar detalles. N/A

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

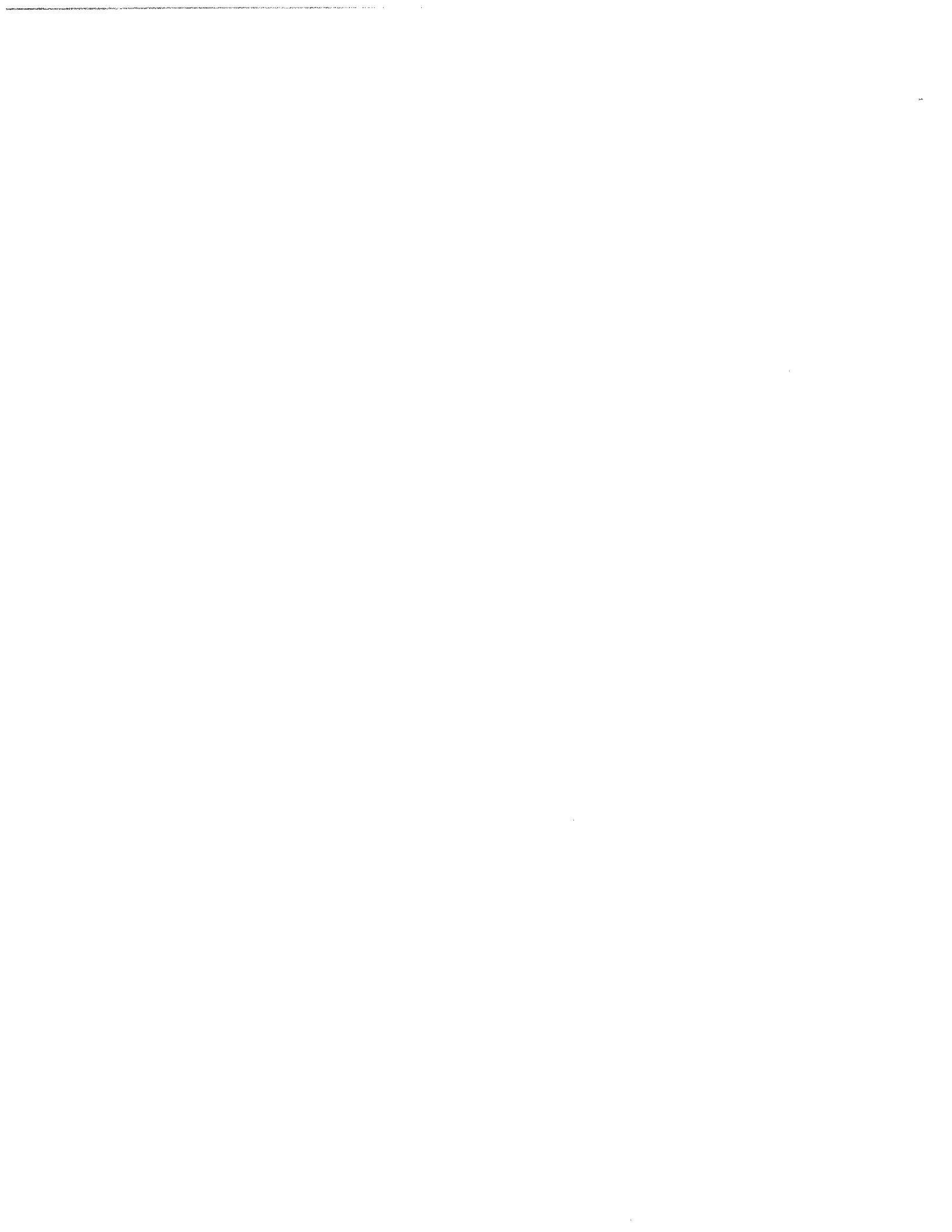
6. ¿Es la compañía:

a. Pública X

b. Mixta _____

c. Privada _____





En caso de ser mixta, favor informar el porcentaje de acciones así:

En poder del Estado N/A
En poder del sector privado N/A

7. Capital Social de la Compañía:

a. Número total de accionistas: N/A
Con derecho a voto N/A
Sin derecho a voto N/A

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. N/A

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 facilitan balances consolidados. N/A

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: 30/11/2023 hasta 29/04/2023

Límite asegurado: \$7.100.000.001

Compañía de Seguros: UNION TEMPORAL ASEGURADORA SOLIDARIA – CHUBB SEGUROS.

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. N/A.

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. N/A

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 en el informe de los auditores externos sobre la compañía, si es aplicable: **NO**
- b. Alguna responsabilidad aspecto extraordinario indicado dentro del informe financiero. **NO**

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.



AUTORIZACION PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Declaro que **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA** me ha informado: 1) Que el Aviso 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 previstos en las leyes 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, me asiste el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mí.

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:**

- 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: 1) Desarrollar las actividades propias del Contrato de Seguro; 2) 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 de la ASEGURADORA. SI NO
- 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. SI NO
- c) Recolectar, solicitar, consultar, verificar, almacenar, compartir, enviar, reportar, modificar, actualizar, usar, grabar y conservar mis datos personales sensibles incluyendo 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. SI NO
- d) Transmitir y transferir mis datos personales a terceros países siempre que se requiera cumplir las finalidades descritas o se encuentre estipulada por el artículo 26 de la ley 1581 de 2012. SI NO

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.

FIRMA: _____

NOMBRE: Brigadier General (R) **MILTON ORLANDO VARGAS MARINO**
 C.C. No. 88.001.557 de Chinacota (Norte de Santander)
 CARGO: Vicerrector General encargado de Funciones de Rector, Universidad Militar Nueva Granada
 DIRECCIÓN: Carrera 11 N° 101- 80 /Edificio Administrativo.
 TELÉFONO: 6500000 Ext. 1051-1002
 NIT: 800.225.340-8
 FECHA: Bogotá, D.C, enero de 2024

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



respondidas 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.

Vo.Bo.

- Vicerrectoría Administrativa: (numeral 6). _____
- División Financiera: (numerales 7,8) _____
- División de Contratación y Adquisiciones: (numeral 5) _____
- División de Gestión del Talento Humano: (numerales 1,2) _____
- Oficina Protección Patrimonio: (numerales, 3,9,10,11,12,13,14) _____
- Oficina Asesora Jurídica: (numeral 4 y revisión.) _____



11
12
13
14
15