

## 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.

**Nombre de la Empresa: UNIVERSIDAD MILITAR NUEVA GRANADA**

**Objeto Social:** El objeto principal es la educación superior y la ~~investigación, la~~ extensión, dirigidas a elevar la preparación académica de los miembros de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, en actividad o en retiro; los empleados civiles del sector defensa, los familiares de todos los anteriores, y los particulares que se vinculen a la universidad. Vinculado al ministerio de educación nacional, en lo que ha políticas y planeación del sector educativo se refiere.

**Fundada en el año de 1982**

2. Adjuntar, relación completa de los 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
Jefe Oficina	Oficina Protección al Patrimonio	Las establecidas en el manual de funciones
Jefes Oficinas asesoras	Oficina Asesora Jurídica. Oficina Asesora de Direccionamiento Estratégico e Inteligencia Competitiva. Oficina Asesora de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones.	Las establecidas en el manual de funciones

	-Oficina Control Interno Disciplinario.	
Vicerrektorías	Vicerrektoría General Vicerrektoría de Investigaciones Vicerrektor Administrativo Vicerrektor Sede Campus Vicerrektor Académico	Las establecidas en el manual de funciones
Jefe de División	División Financiera División de Servicios Generales División Gestión del Talento Humano/ Delegado Ordenador del Gasto División de Contratación y Adquisiciones/ Delegado Ordenador del Gasto División de Extensión y Proyección social División Administrativa Campus	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
Sección Almacén	División de Servicios Generales	Las establecidas en el manual de funciones

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

	Valores Asegurados
Alternativa 1	<u>\$6.100.000.000</u>
Alternativa 2	_____
Alternativa 3	_____

**4. Relacione los cargos que desea asegurar**

**Cargo**

Rector

Jefe de Oficina

Jefes de Oficinas Asesoras

Vicerrectores

Jefes de División

Contador

Tesorero

Jefe de División Administrativa Campus

Almacenista

**5. 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:

---

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

SI \_\_\_\_\_ NO **X**

En caso afirmativo, dar detalles:

---

**6. a) Considera actualmente la posibilidad de alguna fusión, adquisición, etc. de otras empresas?**

SI \_\_\_\_\_ NO **X**

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 **X**

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:**

*af*



10. ¿Tiene la empresa en el momento Seguro de Manejo Global? SI  NO

En caso afirmativo especifique,  
Vigencia, Desde 01/07/2020 hasta, 30/06/2021  
Límite Asegurado, \$800.000.000  
Compañía de Seguros, UNION TEMPORAL CHUBB SEGUROS S.A. ASEGURADORA SOLIDARIA.

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:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

11. 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:

DRA. CLAUDIA HELENA FORERO FORERO	VICERRECTORA ACADEMICA.	PROCESO: DISCIPLINARIO 062-2020
DRA. MARTHA JEANNETTE PATIÑO	VICERRECTORA INVESSTIGACIONES	PROCESO: DISCIPLINARIO 062-2020
DR. MARIO ALEJANDRO CASTRO SANTAMARIA	VICERRECTOR INVESSTIGACIONES.	PROCESO: DISCIPLINARIO 062-2020

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

---

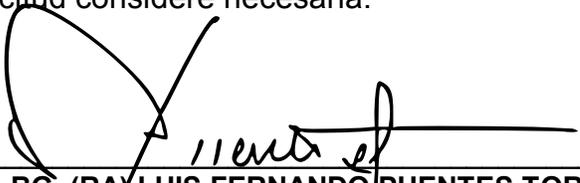
**15. Indiquen si hay:**

a) alguna calificación, comentario u observación contenida en el informe de los auditores externos sobre la compañía, si es aplicable: NO y/o \_\_\_\_\_

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

En caso afirmativo, proporcionen una traducción al inglés.

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.

Firma:   
NOMBRE: **BG. (RAY) LUIS FERNANDO PUENTES TORRES Ph.D**  
C.C. No. **3.181.609 de Bogotá D.C.**  
CARGO: **RECTOR, UNIVERSIDAD MILITAR NUEVA GRANADA**  
DIRECCIÓN: **Carrera 11 N° 101- 80 /Edificio Administrativo.**  
TELÉFONO: **6500000 Ext. 1001 – 1002**  
NIT: **800.225.340-8**  
FECHA: **marzo 08 de 2021**

• **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.

Vo.Bo.

- Vicerrectoría Administrativa: (revisión) \_\_\_\_\_
- División Financiera: (numerales 5,8,9)  \_\_\_\_\_
- División de Contratación y Adquisiciones: (numeral 6)  \_\_\_\_\_

- División de Gestión del Talento Humano: (numerales 1,2) 
  - Oficina Jurídica: (revisión) 
  - Oficina Protección del Patrimonio: (numerales ,3,4,7,10,11,12,13,14,15) \_\_\_\_\_
- V2-99