

FORMULARIO SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL DE DIRECTORES Y ADMINISTRADORES

Esta solicitud es confidencial, la firma o diligenciamiento de este formulario no obliga a **SBS Seguros Colombia S.A.** a formalizar este seguro.

Favor anexar cualquier información complementaria que resulte significativa para las respuestas de las preguntas de este documento. En caso de estarse proponiendo el seguro para mas de un Solicitante, todas las respuestas deben darse como grupo, es decir para todos los Solicitantes. Si cualquier Compañía Subsidiaria¹ tiene respuestas distintas por favor suministrarlas en forma independiente.

El cuestionario debe ir acompañado del último informe anual de la Sociedad y de cada Subsidiaria que incluya sus estados financieros consolidados y el informe de auditoria externa.

Información del Solicitante

Nombre de la Empresa Solicitante (Tomador)	Empresa Nacional Promotora de Desarrollo Territorial – ENTerritorio				
NIT:	8999993161	Fecha de fundación	Decreto 3068 del 16 de diciembre de 1968		
Actividad de la Empresa Solicitante	Código CIU 6499 - Otras actividades de servicio financiero, excepto las de seguros y pensiones N.C.P.				
Dirección principal de la Empresa Solicitante	Calle 26 # 13 -19				
Tipo de Sociedad	Publica	Privada	Mixta	Cooperativa	Sociedad Sin ánimo de Lucro
	X				
Número de Empleados	Planta 71, 10 miembros Junta Directiva y 800 Contratistas aproximadamente		Número de Predios	1	

1. ¿Durante cuánto tiempo ha llevado a cabo el Tomador sus negocios sin ninguna interrupción? **50 AÑOS**

2. Por favor suministrar la lista completa de las subsidiarias o Entidades Externas / Compañía Asociada:

Nombre de la Empresa	Actividad	País de Origen	Porcentaje de participación del Tomador	Ingresos del ultimo periodo	Desea Incluirlo en la cobertura solicitada?	
					SI	NO
NO APLICA						

Nota: Así como se solicita para el Tomador/Solicitante de este seguro, las empresas relacionadas en el cuadro anterior deben adjuntar también los Estados Financieros del último periodo contable junto con las Notas e Informe del Revisor Fiscal.

3. La Empresa Solicitante es subsidiaria de otra entidad? Si No X

De ser así por favor suministre Nombre, participación, país de origen:

NO APLICA

4. Informar la Composición Accionaria de la Empresa Solicitante

Nombre	Participación
NO APLICA	%
	%
	%
	%
	%

5. Número total de acciones en poder de Directores y Administradores² (directamente o como beneficiarios):

¹ **Compañía subsidiaria** significa cualquier compañía en la cual el **tomador de la póliza**, ya sea directa o indirectamente a través de una o más de sus compañías subsidiarias: (i) controla la composición de su directorio; o (ii) controla más de la mitad del poder de voto; o (iii) posee más del 50% del capital o de las acciones de la empresa.

² **Director:** Significa cualquier miembro de la Junta Directiva del Tomador del seguro.

NO APLICA

6. ¿El Tomador ha hecho alguna(s) adquisición (es) o fusión(es) durante el último año o tiene planeado hacerlo? Si No X

De ser así, favor dar detalles

NO APLICA

7. Proporcionar detalles completos de todos los seguros similares al solicitado que actualmente estén contratados y vigentes para el Tomador y las Empresas Subsidiarias o Entidades Externas o Compañía Asociadas si aplica:

Entidad	Asegurador	Limite	Deducible	Prima	Vigencia
	AXA COLPATRIA SEGUROS S.A.	\$10.150 millones /Vigencia	N/A	Prima con IVA \$ 1.141.924.000	21/03/2021 al 21/03/2022

8. **Limites asegurados a cotizar (Cifras en COP):**
 Opción 1: **De acuerdo con el Anexo de Condiciones Técnicas Básicas Obligatorias**
 Opción 2:
 Opción 3:

Practicas Laborales

9. Número de Empleados de Tiempo completo:
10. Numero de Empleados de Tiempo Parcial:
11. Numero de empleados despedidos en los últimos 12 meses con o sin justa causa legal:
12. Tiene contemplado la compañía el despido de empleados en los próximos 12 meses? Si No x
13. Han sido involucrados en litigios sobre reclamaciones laborales durante los últimos 5 años? Si No x
14. Han sido acusados por vía civil, penal o administrativa de violaciones a cualquier Ley Laboral en Colombia o el exterior? Si No x
15. Han recibido una demanda por despido injustificado, hostigamiento sexual o discriminación de cualquier índole? Si No x
16. Tiene la compañía un manual de empleados? Si x No
17. Tiene políticas definidas y en contra del hostigamiento sexual o de cualquier otro tipo? Si X No
18. Tiene políticas sobre los procedimientos en caso de una querrela relacionada con hostigamiento o discriminación? Si x No

Auditoria y Normatividad

19. ¿Los Auditores Externos auditan todas las operaciones por lo menos una vez al año? Si X No
20. ¿Todas las recomendaciones realizadas por los Auditores Externos a los controles han sido cumplidas de acuerdo a su última Auditoria?
 Si la respuesta es "No", por favor suministrar detalles
NO APLICA Si X No
21. ¿Cumple usted con todos los requisitos legales relacionados con la buena administración de sus libros contables y políticas de Recursos Humanos. (Por ejemplo: Reglamento Interno, Manual de Funciones, Etc.)?
 Si la respuesta es "No", por favor explique brevemente las razones para las áreas de no cumplimiento
NO APLICA Si X No
22. ¿Tiene un departamento de interno de Auditoria? Si X No
23. ¿Hay un ciclo de Auditoria menor a 18 meses establecido que abarca todas las operaciones / departamentos del negocio? Si X No

Administrador: Significa a) El Representante Legal, Los suplentes del mismo, El Liquidador, El Factor, y quienes de acuerdo con los estatutos de la Sociedad ejercen o detentan esas funciones y, b) Cualquier empleado de la Sociedad que, sin tener representación legal de la misma, desempeñe funciones técnicas o administrativas similares a la de los administradores y que por un Acto Culposo incurra en Responsabilidad Civil.

24. Cuentan con un manual de Auditoría?

Si X No

Información sobre Perdidas

Las siguientes preguntas deberán ser respondidas por todos los aplicantes:

25. ¿Se ha hecho alguna demanda en contra de algún Director o Administrador, pasado o presente, del Tomador o alguna de sus subordinadas?

Si X No

De ser así, favor suministrar detalles

PROCESO EKOGUI- 1250630- ACCIÓN DE REPETICIÓN EN CONTRA DE ELVIRA HERNANDEZ FORERO- ESTADO ACTIVO- Sinistros y Circunstancias, avisados, reclamados e indemnizados por SBS Seguros de acuerdo con sus registros y al Anexo de Siniestralidad adjunto.

26. Tiene conocimiento el Tomador, después de investigaciones, de alguna circunstancia o acontecimiento que pudiera dar lugar a una reclamación?

Si No

De ser así, favor suministrar detalles

Siniestros y Circunstancias, avisados, reclamados e indemnizados por SBS Seguros de acuerdo con sus registros y al Anexo de Siniestralidad adjunto

Declaración

Declaramos que las respuestas que figuran en la presente aplicación son ciertas, y acordamos que si la información aquí contenida sufre cambios entre la fecha de diligenciamiento y la de iniciación de cobertura, notificaremos inmediatamente tales cambios al asegurador, y el asegurador podrá declinar o modificar cualquier cotización pendiente y/o autorización o acuerdo de cobertura.

Firmar esta aplicación no obliga ni al solicitante ni a la aseguradora a completar este seguro, pero es acordado que esta forma será la base del contrato de ser emitida una póliza, y se adjuntará y hará parte integrante de la póliza.

Firma autorizada del Solicitante: _____

Nombres y Apellidos: **LINA MARÍA BARRERA RUEDA** 

Cargo: **GERENTE GENERAL** 

Razón Social: **Empresa Nacional Promotora de Desarrollo Territorial – ENTerritorio**

Fecha: **18/01/2022** 

AVISO IMPORTANTE - LEY DE PROTECCIÓN DE DATOS

Con el propósito de proteger sus datos personales, SBS Colombia ha diseñado una Política de Privacidad que nos permite manejar adecuadamente los datos personales que recolectemos, almacenemos o actualicemos, así como compartirlos, dentro o fuera del territorio nacional, con sociedades del grupo o con entidades con las cuales trabajamos. Aquella información que nos suministre la utilizaremos para comunicarnos con usted y enviarle información sobre: nuestros productos y servicios, las actividades comerciales de SBS Colombia, asuntos relacionados con el contrato de seguro y aspectos relativos a la seguridad de la información recolectada por SBS Colombia. Usted cuenta con los derechos establecidos en la Ley 1581 de 2012 o demás normas que la modifiquen, adicione o complementen, y en especial tiene derecho a conocer, actualizar y rectificar los datos e información suministrados y podrá revocar las autorizaciones que aquí constan en cualquier momento. Adicionalmente, se le informa que son facultativas las respuestas a las preguntas que se le han hecho o se le harán sobre datos personales sensibles (incluidos los relativos a la salud y biométricos) o sobre datos de niñas, niños y adolescentes; por lo cual usted no se encuentra obligado a responderlas o a autorizar su tratamiento.

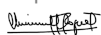
Así, por este medio Usted autoriza de manera previa, expresa, informada e inequívoca a SBS Colombia, a las demás sociedades del grupo y/o terceros con quienes SBS Colombia sostenga relaciones jurídicas y/o comerciales relacionadas con su objeto social (incluidos proveedores, FASECOLDA, INIF, INVERFAS S.A., entre otros), establecidos dentro o fuera del territorio nacional, para que utilice(n) los datos personales, incluidos los sensibles, que voluntariamente nos ha suministrado con los fines antes descritos. De igual forma, Usted autoriza de manera previa, expresa, informada e inequívoca a SBS Colombia a consultar y reportar información relativa a su comportamiento financiero, crediticio y/o comercial a centrales de información y/o bases de datos debidamente constituidas y corroborar la información aquí suministrada por cualquier medio legal.

Por medio del presente documento, usted acepta la Política de Privacidad de Datos de SBS Colombia, la cual se encuentra disponible en la página web www.sbseguros.co, puedo solicitar una copia en la línea de Atención al Cliente de SBS Colombia 01 8000 522 244 o en sus oficinas; política que usted reconoce es de su interés revisarla periódicamente. Si por alguna razón ha entregado a SBS Colombia información de otra persona, usted certifica que está autorizado para ello y que compartirá con esa persona la Política de Privacidad de SBS Colombia.

LINA MARIA BARRERA RUEDA

Nombre:
C.C. 37.894.008

Representante Legal de **ENTERRITORIO** (en caso de personas jurídicas).





ESTE DOCUMENTO SÓLO CONSTITUYE UNA SOLICITUD DE SEGURO Y, POR TANTO, NO REPRESENTA GARANTÍA ALGUNA DE QUE LA MISMA SERÁ ACEPTADA POR LA ASEGURADORA.