



## **OBSERVACIONES PRESENTADAS AL PROYECTO DE PLIEGO DE CONDICIONES**

**INVITACIÓN PÚBLICA No. 001 DE 2019**

**“CONTRATAR EL SUMINISTRO DE PÓLIZAS DE SEGURO DE  
AMPARO A FUNCIONARIOS, PERSONAL DOCENTE, BIENES  
MUEBLES E INMUEBLES Y OTRAS CON DESTINO A LA  
UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA Y TECNOLÓGICA DE COLOMBIA  
PARA LA VIGENCIA 2019.”**

**RECTORÍA  
COMITÉ DE LICITACIONES Y CONTRATOS  
UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA Y TECNOLÓGICA DE COLOMBIA  
TUNJA, VEINTIOCHO (28) DE ENERO DE 2019 11:00 AM**

# ENVIO OBSERVACIONES PREPLIEGO INVITACION PUBLICA NO. 001 DE 2019 UPTC

Recibidos

**MARTHA YOLANDA WILCHES CHAVEZ** <yolanda.wilches@previsora.gov.co>

10:55  
(hace 1  
hora)

para mí, jesus.cifuentes@uptc.edu.co, Jaime, MARIA, MYRIAM, EVELYN

Tunja, 28 de enero de 2019

Señores  
UNIVERSIDAD PEDAGOGICA Y TECNOLOGICA DE COLOMBIA  
Ciudad.

Distinguidos Señores:

Con el ánimo de participar en el proceso de la referencia y acudiendo a lo normado en la ley 80 de 1993; nos permitimos realizar nuevas observaciones, las que agradecemos atender:

✓ **OBSEVACION 1. NUMERAL 12. ENTREGA DE PROPUESTAS Y APERTURA  
GASTOS DERECHOS E IMPUESTOS**

Con el fin de elaborar la oferta económica de manera completa, es decir, que contemple la totalidad de costos, gastos, derechos, impuestos y demás, de manera respetuosa solicitamos se informe a los interesados cuáles son los impuestos y otros conceptos que el contratista debe asumir en caso de adjudicación.

✓ **OBSERVACION 2. NUMERAL 13.1 DOCUMENTOS JURÍDICOS**

✓ **A.) PERSONA NATURAL**

Solicitamos respetuosamente la eliminación en el pliego de condiciones y documentos del proceso, **de todo lo relacionado con permitir la participación de Personas Naturales** debido a que en Colombia las únicas personas autorizadas para comercializar seguros y asumir los riesgos, otorgar la protección de los bienes muebles e inmuebles y demás intereses reales y patrimoniales del asegurado, son las Compañías de Seguros autorizadas por la Superintendencia Financiera de Colombia, tal como lo señala las siguientes normas vigentes:

**Ley 45 de 1990, artículo 30:**

*Autorización estatal. Solo las personas previamente autorizadas por la Superintendencia Bancaria se encuentran facultadas para ocuparse de negocios de seguros en Colombia. En consecuencia, se prohíbe a toda persona natural o jurídica distinta de ellas el ejercicio de la actividad aseguradora. Los contratos y operaciones celebrados en contravención a lo dispuesto en este artículo no producirán efecto legal, sin perjuicio del derecho del contratante o asegurado de solicitar el reintegro de lo que haya pagado; de las responsabilidades en que incurra la persona o entidad de que se trate frente al contratante, al beneficiario o sus causahabientes, y de las sanciones a que se haga acreedora por el ejercicio ilegal de una actividad propia de las personas vigiladas por la Superintendencia Bancaria.*

*Circular Externa 052 de 2002 de la Superintendencia Financiera de Colombia (organismo que las controla y vigila), Numeral 1 Reglas Generales Sobre la Operación de Seguros – Numeral 1.1 Reglas para la autorización de ramos de seguros.*

**Código de Comercio, artículo 1037:**

ARTICULO 1037. PARTES EN EL CONTRATO DE SEGURO. Son partes del contrato de seguro:

- 1) El asegurador; o sea la persona jurídica que asume los riesgos, debidamente autorizada para ello con arreglo a las leyes y reglamentos, y
- 2) El tomador; o sea la persona que, obrando por cuenta propia o ajena, traslada los riesgos.

✓ **B.) “ESTAR A PAZ Y SALVO POR CONCEPTO DE PAGOS PARAFISCALES, APORTES A CAJAS DE COMPENSACIÓN, SALUD Y PENSIONES.”**

Solicitamos respetuosamente a la entidad modificar la condición de “Estar Paz y Salvo” por el de “Cumplimiento” en el pago de los aportes de seguridad social y parafiscales de sus empleados al corte de la fecha de cierre, lo anterior dada que dichas cotizaciones se materializan mes vencido, así por ejemplo, si la fecha de cierre es en el mes de febrero es imposible certificar el paz y salvo de dicho mes, la lógica del sistema es que a febrero se acrediten los aportes de enero, el tenor literal de la norma es el siguiente:

**ARTICULO 1o. FECHAS DE PAGO DE LAS COTIZACIONES.** *En desarrollo de los artículos 20 de la Ley 100 de 1993, 16 del Decreto 1295 de 1994, y 147 del Decreto 1298 de 1994, el pago de las cotizaciones para los sistemas Generales de Pensiones, Salud y Riesgos Profesionales, deberán efectuarlo los empleadores, en el mes siguiente de aquel que es objeto de las cotizaciones.*

✓ **OBSERVACION 3. NUMERAL 19.4 RENUNCIA DEL PROPONENTE FAVORECIDO A LA SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO  
MINUTA DEL CONTRATO**

Teniendo en cuenta que la Minuta del Contrato hace parte integral del presente proceso, solicitamos amablemente a la entidad publicar la totalidad de la misma, toda vez que se debe conocer las consideraciones, cambios y ajustes que se estimen convenientes al momento de su respectiva suscripción.

✓ **OBSERVACION 4. FORMATO 06- MODELO DE CERTIFICACIÓN DE PARAFISCALES**

**BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO**

Solicitamos respetuosamente a la Entidad se sirva suprimir del Formato 06 la Frase: **BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO**, toda vez que de acuerdo con lo establecido en la Ley 789 de 2002, art. 50 quien debe suscribirlo es un Contador Público (Revisor Fiscal) y por ende su firma da FE PÚBLICA; lo cual no sería acorde de conformidad con lo establecido en el artículo 10 de la Ley 43 de diciembre 13 de 1990:

*“Artículo 10: De la fe pública. La atestación o firma de un Contador Público en los actos propios de su profesión hará presumir, salvo prueba en contrario, que el acto respectivo se ajusta a los requisitos legales, lo mismo que a los estatutarios en casos de personas*

*jurídicas. Tratándose de balances, se presumirá además que los saldos se han tomado fielmente de los libros, que éstos se ajustan a las normas legales y que las cifras registradas en ellos reflejan en forma fidedigna la correspondiente situación financiera en la fecha del balance”.*

En tal virtud, el requisito insertado en el pliego de condiciones que sirve de base al presente proceso, es una exigencia que no guarda sentido con el contenido de la norma in cita, y en concordancia con el numeral 15 del artículo 25 de la Ley 80 de 1993, no puede exigirse.

Por lo anterior, solicitamos muy respetuosamente sea retirada del texto del anexo la frase antes señalada, pues la certificación suscrita por el revisor fiscal, reviste las características de ser expedida de conformidad con la Ley y los estatutos de la Empresa.

OBSERVACION 5: Se solicita amablemente a la Entidad diligenciar cuestionario de RCSP ya que el publicado tiene fecha de 2017 y el cual anexamos para su diligenciamiento.

OBSERVACION 6: Se solicita amablemente a la Entidad eliminar el amparo de Enfermedades Graves para el ramo de Accidentes Personales a Ocupantes de buses y busetas por no corresponder al ramo.

OBSERVACION 7: Se solicita amablemente a la Entidad eliminar en el ramo de Daños Materiales los semovientes de experimentación de trabajo, por no ser bien asegurable de la Generalidad de la Industria aseguradora colombiana.

OBSERVACION 8: Se solicita amablemente a la Entidad, con relación a: “Obras de Arte” y “Elementos de Museo” informar relación detallada, valorizada de este tipo de bienes.

OBSERVACION 9: Se solicita amablemente a la entidad detallar el tipo y valor de cada una de estas adquisiciones.

OBSERVACION 10: Se solicita amablemente a la Entidad en el ramo de Manejo Global eliminar:

- Arbitramento o clausula compromisoria,
- experticia técnico, bienes bajo , tenencia, control y custodia,
- desapariciones misteriosas,
- pago de la indemnización directamente a contratistas y proveedores
- Anticipo de la indemnización del 80%.

OBSERVACION 11: Se solicita amablemente a la Entidad ajustar del ramo de Manejo Global las siguientes condiciones:

- Gastos para demostrar la ocurrencia del siniestro y cuantía de la perdida en el 20% del valor asegurado y dejar una sola vez esta condición ya que esta repetida.

- Empleados temporales con sublímite del 50% del valor asegurado.
- Restablecimiento automático del valor asegurado por pago de siniestro: Por una sola vez.
- Pérdidas ocasionadas por personal temporal o transitorio, favor Sublimitar al 50% del valor asegurado.
- Pérdidas de empleados no identificados al 100% , favor Sublimitar al 50% del valor asegurado.
- Cajas Menores, sin aplicación de deducibles, Favor dejar deducibles del 10% del valor de la pérdida mínimo 3SMMLV

OBSERVACION 12: Se solicita amablemente a la Entidad verificar los valores totales del ramo de Daño Materiales ya que la sumatoria aritmética no concuerda con el valor total informado en el prepliego.

OBSERVACION 13: Se solicita amablemente a la Entidad permitir en el ramo de automóviles los valores Fasecolda.

Anticipamos agradecimientos a nuestra petición y esperamos respuesta positiva,

MARIA LEONOR MONTOYA AVELLA, Gerente Sucursal

Tunja [maria.montoya@previsora.gov.co](mailto:maria.montoya@previsora.gov.co)

MYRIAM LUCIA LOPEZ NIÑO, Gerente Suplente, [myriam.lopez@previsora.gov.co](mailto:myriam.lopez@previsora.gov.co)

Cordialmente,

**Martha Yolanda Wilches Chaves**

**Profesional Previsora Sucursal Tunja**

(098) 7400060 Ext 113

[Yolanda.wilches@previsora.gov.co](mailto:Yolanda.wilches@previsora.gov.co)

Calle 18 11-22 Of. 406, Tunja, Boyacá



**CUESTIONARIO PARA EL SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA ESTUDIANTES DE PROFESIONES RELACIONADAS CON LA SALUD**



**SECCIÓN II - COBERTURA SOLICITADA**

- a. Vigencia: Desde: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- b. Suma asegurada: 1) \_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_
- c. Nombre de la Aseguradora donde tiene actualmente de forma ininterrumpida la presente póliza \_\_\_\_\_ ¿Hace cuantos años? \_\_\_\_\_

**SECCIÓN III - TIPO DE INSTITUCIÓN:**

- Pública  Privada  Otra: \_\_\_\_\_

**SECCIÓN IV - ENTIDADES QUE SE TIENE CONVENIO DEBIDAMENTE FIRMADO**

Nombre	Tipo de establecimiento	Domicilio y Localidad	Teléfono
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

**SECCIÓN V - CUERPO MÉDICO DE DOCENTES**

1. Número total de Profesores: \_\_\_\_\_ Médicos: \_\_\_\_\_  
 Otros Profesiones: \_\_\_\_\_ No Profesionales: \_\_\_\_\_
2. ¿Se verifica y se comprueba la matrícula y diploma de los médicos profesores con antelación a su empleo o a permitir su uso de la institución y/o personal y/o equipos?  Sí  No
- a. En caso afirmativo, por favor indique:
- | Nombre de la persona que verifica | Cargo | Teléfono |
|-----------------------------------|-------|----------|
| _____                             | _____ | _____    |
- b. ¿Cómo se hace dicha verificación?  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
3. ¿Verifica anualmente con la Institución correspondiente esta información?  Sí  No
4. ¿Tiene en su cuerpo médico algún profesor no matriculado o cuya matrícula haya sido restringida?  Sí  No
- c. En caso afirmativo, por favor especifique: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
5. Indique por favor la cantidad de alumnos y profesores para cada categoría. Use sólo una categoría para cada individuo reportado. Las categorías están detalladas en las páginas 5 y 6.

**CUESTIONARIO PARA EL SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA ESTUDIANTES DE PROFESIONES RELACIONADAS CON LA SALUD**



a. Total de Alumnos (adjuntar relación)

Clase	Alumnos Pregrado	Alumnos en Especialización	Clase	Alumnos Pregrado	Alumnos en Especialización	Otros
Clase 1			Clase 5			
Clase 2			Clase 6			
Clase 3			Clase 7			
Clase 4			Clase 8			
Totales						

b. Profesores (adjuntar relación)

Clase	Profesores Pregrado	Profesores Especialización	Clase	Profesores Pregrado	Profesores Especialización	Otros
Clase 1			Clase 5			
Clase 2			Clase 6			
Clase 3			Clase 7			
Clase 4			Clase 8			
Totales						

**NOTA:** En caso de no poder clasificar a los docentes dentro de las categorías anteriores, favor relacionarlos en anexo con sus respectivas profesiones y especialidades.

**SECCIÓN VIII – GENERAL**

**NOTA:** Por favor especifique en hoja adicional cualquier respuesta afirmativa avalando con fecha y firma.

- A. ¿Alguna vez le han cancelado, no renovado, modificado o sobretasado su seguro de R.C. Profesional?  Sí  No
- B. ¿Alguna agencia del gobierno ha investigado, suspendido, revocado o limitado su habilitación?  Sí  No
- C. ¿Tiene conocimiento alguno de reclamos pendientes o de circunstancia alguna que pudiese dar surgimiento a un reclamo o demanda en el futuro?  Sí  No

**SECCIÓN IX - HISTORIAL DE RECLAMOS**

- A. Si la institución puede conseguir un listado de reclamos de su(s) asegurador(es) actual(es) o anterior(es), por favor adjunte copia.
- B. Si no es posible obtener dicho listado, por favor complete en su totalidad el cuadro de información de reclamos.

La información sobre reclamos debe ser provista con respecto a responsabilidad civil profesional, responsabilidad civil general y cualquier otra reclamación de responsabilidad civil efectuada en su contra o en la de su corporación. Por favor provea su historial completo de reclamaciones (incluyendo los últimos 10 años, si esta información está disponible) en caso de ser necesario adjuntar anexo.

**CUESTIONARIO PARA EL SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA ESTUDIANTES DE PROFESIONES RELACIONADAS CON LA SALUD**



Apellido y nombre del reclamante	Fecha de ocurrencia	Estado A - Abierto T-Terminado	Demanda legal S - Si N - No	Fecha Terminado	Reserva de siniestro o Monto pagado	Descripción breve de la reclamación

**Observaciones:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Se hace constar que el Solicitante de este seguro declara conocer y aceptar íntegramente las Condiciones Generales y Particulares que se aplicarán en la Póliza que solicita. Este cuestionario tiene el tenor de una **declaración jurada**.

Queda convenido que si se concreta un contrato de seguro, este cuestionario formará parte integrante del mismo. El Asegurable tiene el deber de avisar inmediatamente a la Compañía de Seguros dentro de las 72 horas de toda modificación en la información aquí declarada.

Lugar y Fecha: \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

Aclaración: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**TABLA DE CLASIFICACIÓN DE MÉDICOS POR ESPECIALIZACIÓN**

<b>Clase 1 – Sin Cirugía</b>	<b>Médicos, Cirujanos y Dentistas</b>	<b>Clase 5 – Con Cirugía</b>
Medicina AeroEspacial	<b>Clase 2 – Con Cirugía Menor</b>	Colon y recto
Alergología	Enfermedades Vasculares	Endocrinológica
Enfermedades Cardiovasculares	Dermatología	Gastroenterológica
Diabetología	Diabetología	Geriátrica
Endocrinología	Endocrinología	Neoplásica
Médico General / Clínico	Gastroenterología	Nefrológica
Medicina Forense	Geriatría	Oftalmológica
Gastroenterología	Ginecología	Urológica
Medicina General Preventiva	Hematología	
Geriatría	Enfermedades Infecciosas	<b>Clase 6 – Con Cirugía</b>
Hematología	Cuidados Intensivos	Medicina de Emergencia – Sin Cirugía Mayor
Hipnosis	Medicina Interna	Médico General / Clínico
Enfermedades Infecciosas	Laringología	Laringológica
Medicina Interna	Neonatología	Oral y Maxilofacial
Laringología	Enfermedades Neoplásicas	Otológica
Enfermedades Neoplásicas	Nefrología	Otorrinolaringológica
Nefrología	Neurología - Incluyendo niños	Rinológica
Neurología - Incluyendo niños	Oftalmología	
Medicina Nuclear	Ortopedia	<b>Clase 7 – Con Cirugía</b>
Nutrición	Otología	Medicina de Emergencia – Con Cirugía Mayor
Medicina Ocupacional	Otorrinolaringología	Abdominal
Oncología - Sin procedimientos invasivos	Patología	Anestesiológica
Oftalmología	Pediatría	Dermatológica
Ortopedia	Radiología - Con Diagnóstico	Ginecológica
Otología	Rinología	Mano
Otorrinolaringología	<b>Clase 3 – Con Procedimientos Invasivos Menores</b>	Cabeza y Cuello
Patología	Acupuntura - No anestésica	Neonatalógica
Farmacología	Colonoscopia	Pediátrica
Fisiatría	Laparoscopia	Plástica Otorrinolaringológica
Medicina Física y de Rehabilitación	Biopsia por Punción	Plástica
Psiquiatría - Incluyendo niños	Dilatación Esofágica Neumática o Mecánica	
Psicoanálisis	Inyecciones de Substancia de Contraste	<b>Clase 8 – Con Cirugía</b>
Medicina Psicosomática	<b>Clase 4 – Con Procedimientos Invasivos Mayores</b>	Cardiaca
Salud Pública	Angiografía	Enfermedades Cardiovasculares
Enfermedades Pulmonares	Arteriografía	Ortopédica
Radiología – Diagnóstico	Broncoesofagoscopia	Torácica
Reumatología	Caterización Cardiaca	Traumatológica
Rinología	Discografía	Vascular
	Terapia de Láser	Neurológica – Incluyendo niños
	Linfangiografía	Obstétrica y Ginecológica
	Mielografía	Obstétrica
	Flebografía	
	Neumoencefalografía	
	Terapia Radiante	
	Terapia de Shock	

**CUESTIONARIO PARA EL SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA ESTUDIANTES DE PROFESIONES RELACIONADAS CON LA SALUD**



Otros Profesionales de la Salud		
Auxiliar de Anestesia	Farmacéutico	Mecánico Dental
Auxiliar de Laboratorio Clínico	Fisioterapeuta	Odontólogo sin Cirugía Maxilofacial
Auxiliar de Radiología	Fonoaudiólogo	Óptico Técnico
Bioquímico	Instrumentista	Técnico en Calzado Ortopédico
Citotécnico	Kinesiólogo	Técnico en Ortésis y Prótesis
Enfermera Profesional	Licenciado Nutricionista	Visitador de Higiene

- \*Cirugía mayor:** Incluye operaciones en o sobre cualquier cavidad corporal, incluyendo pero no limitándose al cráneo, tórax, abdomen, o pelvis, o cualquier otra operación que debido a la condición del paciente, o al tiempo, o a las circunstancias de la operación, presente un peligro marcado a la vida. También incluye remoción de cualquier glándula u órgano, remoción de tumores, amputaciones, fracturas de huesos, cirugía plástica y cualquier operación efectuada utilizando anestesia general. Serán también consideradas como cirugía mayor las cesáreas, las anexectomías y las amigdalectomías (tonsilectomías).
- \*\*Cirugía Menor:** Incluye las cirugías no clasificadas como Cirugía Mayor. También incluye: Procesos obstétricos no considerados como Cirugía Mayor, La asistencia a otros médicos en cirugías a pacientes propios.
- \*\*\*Biopsia por Punción:** Incluye pulmones, hígado, riñones y próstata, pero no incluye médula ósea.
- \*\*\*\*Cateterización:** No incluye Inserción ocasional y por emergencia de catéteres para registrar presión o marcapasos temporales, Cateterización de la uretra, Cateterización del cordón umbilical para propósitos de diagnóstico, o para monitorear gases en la sangre de recién nacidos que están recibiendo oxígeno.

# CUESTIONARIO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PARA SERVIDORES PÚBLICOS



P-40382

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. DATOS GENERALES

NOMBRE DE LA EMPRESA

OBJETO SOCIAL

TIEMPO DURANTE EL CUAL SE ENCUENTRA DESARROLLANDO SU ACTUAL ACTIVIDAD

## 2. INDICAR LAS SUMAS ASEGURADAS A COTIZAR

ALTERNATIVAS	VALORES ASEGURADOS
1.	
2.	
3.	

## 3. RELACIONE LOS CARGOS QUE DESEA ASEGURAR

CARGO	NOMBRE

## 4. DURANTE LOS ÚLTIMOS 5 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

5. 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  EN CASO AFIRMATIVO DAR DETALLES

**6. ES LA EMPRESA**

A) PÚBLICA  B) MIXTA  EN CASO DE SER MIXTA ESPECIFICAR EL PORCENTAJE DE ACCIONES ASÍ:  
EN PODER DEL ESTADO \_\_\_\_\_ % EN PODER DEL SECTOR PRIVADO \_\_\_\_\_ %

**7. LA EMPRESA SE ENCUENTRA BAJO LA VIGILANCIA O CONTROL DE**

CONTRALORÍA  PERSONERÍA  PROCURADURÍA  
 FISCALÍA  SUPERINTENDENCIA  EMPRESAS DE REGULACIÓN  
 OTRAS: CUALES \_\_\_\_\_

**8. EL CAPITAL SOCIAL DE LA EMPRESA**

A) NÚMERO TOTAL DE ACCIONISTAS \_\_\_\_\_  
CON DERECHO A VOTO \_\_\_\_\_ SIN DERECHO A VOTO \_\_\_\_\_

B) RELACIONE LOS ACCIONISTAS QUE POSEAN AL MENOS EL 15% DEL CAPITAL SOCIAL DE LA EMPRESA, IDENTIDAD Y  
PORCENTAJE EN CADA CASO, Y ESPECIFICAR SI ESTÁN REPRESENTADOS EN LA JUNTA DIRECTIVA. DAR DETALLES

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

**9. SE HA ADQUIRIDO O VENDIDO FILIALES O SUBSIDIARIAS DURANTE LOS ÚLTIMOS 18 MESES?**

SI  NO  EN CASO AFIRMATIVO DAR DETALLES

**10. TIENE LA EMPRESA EN EL MOMENTO SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL SERVIDORES PÚBLICOS O DIRECTORES Y ADMINISTRADORES**

SI  NO  EN CASO AFIRMATIVO DAR DETALLES

VIGENCIA: DESDE \_\_\_\_\_ HASTA \_\_\_\_\_

LÍMITE ASEGURADO \_\_\_\_\_

COMPAÑÍA DE SEGUROS \_\_\_\_\_

**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 NEGADO 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. EXISTE ALGUNA CALIFICACIÓN, COMENTARIO U OBSERVACIÓN CONTENIDA EN EL INFORME DE LOS AUDITORES O ENTIDADES DE CONTROL SOBRE LA COMPAÑÍA?**

SI  NO  EN CASO AFIRMATIVO DAR DETALLES

**16. EXISTE ALGUNA RESPONSABILIDAD O ASPECTO EXTRAORDINARIO INDICADO DENTRO DEL INFORME FINANCIERO?**

SI  NO  SI ES AFIRMATIVA SU RESPUESTA DAR DETALLES

EL ABAJO FIRMANTE EN CALIDAD DE REPRESENTANTE LEGAL DE LA COMPAÑÍA DECLARA QUE ACORDE CON SU CONOCIMIENTO, LAS DECLARACIONES CONTENIDAS EN ESTA SOLICITUD SON VERDAD. LA FIRMA DE ESTA SOLICITUD NO OBLIGA A LA FORMALIZACIÓN DEL SEGURO PROPUESTO, PERO SE ACUERDA QUE ESTA SOLICITUD SE ADJUNTARÁ Y CONSTITUIRÁ PARTE INTEGRANTE DE LA PÓLIZA. LOS ASEGURADORES QUEDAN AUTORIZADOS A REALIZAR CUALQUIER INDAGACIÓN, CONSULTA O SOLICITUD DE INFORMACIÓN QUE CONSIDEREN NECESARIA.

FIRMADO \_\_\_\_\_

CARGO \_\_\_\_\_

NOMBRE \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_

\* ES IMPORTANTE QUE EL REPRESENTANTE LEGAL QUE FIRME ESTA DECLARACIÓN TENGA UN BUEN CONOCIMIENTO DEL ÁMBITO DE ESTA COBERTURA PARA QUE LAS PREGUNTAS SEAN CONTESTADAS CORRECTAMENTE. EN CASO DE DUDA ROGAMOS CONTACTEN CON LA PREVISORA S.A., COMPAÑÍA DE SEGUROS, 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
- CERTIFICADO DE CONSTITUCIÓN DE CÁMARA Y COMERCIO
- ORGANIGRAMA GENERAL DE LA EMPRESA



Gmail



Buscar correo

6

## ENVIO OBSERVACIONES PREPLIEGO INVITACION PUBLICA N

**MARTHA YOLANDA WILCHES CHAVEZ** <yolanda.wilches@previsora.gov.co>  
para mí, jesus.cifuentes@uptc.edu.co, Jaime, MARIA, MYRIAM, EVELYN

Tunja, 28 de enero de 2019

Señores

UNIVERSIDAD PEDAGOGICA Y TECNOLOGICA DE COLOMBIA  
Ciudad.

Distinguidos Señores:

Con el ánimo de participar en el proceso de la referencia y acudiendo a lo normado en la ley 80 de 1993;

### **OBSEVACION 1. NUMERAL 12. ENTREGA DE PROPUESTAS Y APERTURA GASTOS DERECHOS E IMPUESTOS**

Con el fin de elaborar la oferta económica de manera completa, es decir, que contemple la totalidad de los interesados cuáles son los impuestos y otros conceptos que el contratista debe asumir en caso de adjudicación.

### **OBSERVACION 2. NUMERAL 13.1 DOCUMENTOS JURÍDICOS**

#### **A.) PERSONA NATURAL**

Solicitamos respetuosamente la eliminación en el pliego de condiciones y documentos del proceso, de las únicas personas autorizadas para comercializar seguros y asumir los riesgos, otorgar la protección de las Compañías de Seguros autorizadas por la Superintendencia Financiera de Colombia, tal como lo señala:

**Ley 45 de 1990, artículo 30:**