

2. COBERTURA ACTUAL: Ha tenido en los últimos cinco (5) años un seguro de Resp. Civil Profesional Clínicas? Si No
 En caso afirmativo conteste, con qué compañía de seguros?, qué límite asegurado? Y que vigencia NO APLICA

SECCION III - SERVICIOS PRESTADOS

A. Indique todos los servicios prestados que apliquen:

<input type="checkbox"/> Rehabilitación física y ocupacional	<table border="1"><tr><th>No. Pacientes</th></tr><tr><td>-----</td></tr></table>	No. Pacientes	-----	<input type="checkbox"/> Laboratorios clínicos	<table border="1"><tr><th>No. Pacientes</th></tr><tr><td>-----</td></tr></table>	No. Pacientes	-----
No. Pacientes							

No. Pacientes							

<input type="checkbox"/> Urgencias médicas	<table border="1"><tr><th>No. Pacientes</th></tr><tr><td>-----</td></tr></table>	No. Pacientes	-----	<input type="checkbox"/> Radiología (imágenes, ecografía, rayos X)	<table border="1"><tr><th>No. Pacientes</th></tr><tr><td>-----</td></tr></table>	No. Pacientes	-----
No. Pacientes							

No. Pacientes							

<input type="checkbox"/> Cuidados paliativos (hospicios)	<table border="1"><tr><th>No. Pacientes</th></tr><tr><td>-----</td></tr></table>	No. Pacientes	-----	<input type="checkbox"/> Otros	<table border="1"><tr><th>No. Pacientes</th></tr><tr><td>-----</td></tr></table>	No. Pacientes	-----
No. Pacientes							

No. Pacientes							

		Promedio de pacientes atendidos anualmente	<table border="1"><tr><td>-----</td></tr></table>	-----			

<input type="checkbox"/> Transporte para emergencias médicas	<table border="1"><tr><td>-----</td></tr></table>	-----	No. Vehículos para Emergencias	<table border="1"><tr><td>-----</td></tr></table>	-----		

B. Si provee servicios de hospitalización, describa la naturaleza del servicio prestado e indique el número de camas disponibles:

Tipó de Servicio	Numero de camas
Neonatos	-----
Cuidados Intensivos	-----
Ambulatorios	-----

SECCION IV – PERSONAL MEDICO PROFESIONAL (EMPLEADO / CONTRATADO)

A. Adjunte relación del personal médico profesional indicando los siguientes datos:

Nombre	Documento de identidad	Especialidad	No. de póliza / Asegurador	Marque la que aplique
-----	--	-----	-----	<input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Contratado
-----	--	-----	-----	<input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Contratado
-----	--	-----	-----	<input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Contratado

B. Demás personal medico – Indique el número de personas en cada categoría.

Categoría	Empleados		Contratados	
	Tiempo Completo	Tiempo Parcial	Tiempo Completo	Tiempo Parcial
Auxiliares: (Laboratorios, Radiología, Odontología, enfermería, etc)	-----	-----	-----	-----
Enfermeras Profesionales	-----	-----	-----	-----
Farmacéuticos	-----	-----	-----	-----
Instrumentador Quirúrgico	-----	-----	-----	-----
Optometras	-----	-----	-----	-----
Paramedicos - Camilleros	-----	-----	-----	-----
Técnicos en Ortesis y Prótesis	-----	-----	-----	-----
Terapistas Ocupacionales	-----	-----	-----	-----
Otros – Describa:	-----	-----	-----	-----

C. Procedimientos para la Selección y Empleo – Por favor indique los procedimientos empleados por Usted

- Verifica las credenciales, por ejemplo diplomas, matrículas, licencias, etc.
- Contacta a los empleadores anteriores
- Verifica las referencias
- Verifica con hospitales / sanatorios / clínicas / colegios médicos
- Verifica con las autoridades respectivas acerca de suspensiones, revocaciones, o toma de medidas disciplinarias
- Verifica si existe pasado judicial
- Solicita información sobre reclamos de mala praxis hechos contra el profesional
- Documenta por escrito todas las verificaciones realizadas

SECCION V – ARREGLOS CONTRACTUALES

- A. 1. ¿Requiere Usted prueba de seguro de Responsabilidad Civil Profesional Médica de los profesionales contratados? Si No
2. ¿Están estos requisitos consignados en: Los Estatutos de la entidad Los Contratos con los profesionales Otro: _____
- B. ¿Libera Usted de perjuicios a su proveedor de servicios mediante contrato? Si No
- C. ¿Arrienda Usted o hace un 'leasing' de equipos de propiedad de otros? Si No
- D. ¿Libera Usted de perjuicios al dueño del equipo mediante el contrato? Si No

SECCION VI – REGLAS Y PROCEDIMIENTOS

- A. ¿Se obtiene el consentimiento informado por escrito del paciente o su representante previo a la prestación del servicio médico?
Si No
- B. ¿Se requieren órdenes escritas del médico del paciente/residente para:
- El suministro de medicamentos Si No
- El suministro de dietas y alimentos especiales Si No
- El suministro de cualquier otro tratamiento y/o terapia Si No
- C. ¿Quién determina si el paciente tiene que ser trasladado a otra institución para tratamientos o diagnósticos adicionales?
NO APLICA
- D. ¿Por cuánto tiempo se archivan las órdenes de los médicos, los consentimientos informados de los pacientes, los registros de las enfermeras y los demás registros médicos? NO APLICA

SECCION VII – 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. Institucional? Si No
- B. ¿Alguna agencia del gobierno ha investigado, suspendido, revocado o limitado su habilitación? Si No
- C. ¿Tiene conocimiento alguno de reclamos pendientes o de circunstancia alguna (incluyendo petición de historias clínicas) que pudiese dar surgimiento a un reclamo o demanda en el futuro? Si No

SECCION VIII - 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 que sigue a continuación:

NOTA: 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 5 años, en una relación adjunta con los siguientes datos.

Apellido y nombre del reclamante	Fecha de ocurrencia	Estado A - Abierto T - Terminado	Demanda legal S - Si N - No	Fecha terminado	Monto de la pretensión / monto pagado	Descripción breve de la reclamación
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

COMPLETE SOLAMENTE LA SECCION PERTINENTE A SU OPERACIÓN

SECCION IX – Centros para Emergencias / Urgencias Médicas

- A. Cuenta la institución con una sala de emergencia? Marque según corresponda Si X No
- B. Indique si su institución está equipada las 24-horas con los siguientes elementos:
- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> X Anestésicos | <input type="checkbox"/> X Equipo de resucitación cardio-pulmonar (C.P.R.) |
| <input type="checkbox"/> X Oxígeno | <input type="checkbox"/> X Electrocardiógrafo |
| <input type="checkbox"/> X Sangre (al menos "0" negativa) | <input type="checkbox"/> X Máquina de Rayos-X donde se pueda acomodar un paciente |
- C. ¿Son los pacientes debidamente revisados con el fin de determinar si son de bajo riesgo y capaces de resistir procedimientos quirúrgicos en un centro para pacientes ambulatorios? Si No
- D. ¿Tiene su centro un acuerdo expreso y por escrito con un servicio de transporte para casos de emergencia? Si No
- E. ¿Si un paciente crítico debe ser trasladado al hospital, quién lo acompaña? NO APLICA

SECCION XI – Farmacias

Cuenta la institución con una farmacia propia? Marque X según corresponda. Si X No . En caso afirmativo responda:

- A. ¿Son todos los medicamentos suministrados o expendidos bajo la dirección y supervisión del farmacéutico? Si X No
- B. ¿Se presenta un programa comprensivo de entrenamiento para todo el personal que presta servicios en la farmacia? Si X No
- C. ¿Tiene Usted normas y procedimientos - por escrito - concernientes a la seguridad, almacenamiento, distribución, uso y deshecho de drogas / medicamentos y en conformidad con las normas y regulaciones que atañen? Si X No
- D. ¿Tiene Usted (por escrito) procedimientos para la identificación y el deshecho de drogas / medicamentos vencidos? Si X No

SECCION XII – Laboratorios

Cuenta la institución con un laboratorio propio? Marque X según corresponda. Si X No . En caso afirmativo responda:

- A. ¿Tiene el laboratorio un programa (escrito) para el Control de Calidad de sus resultados conocido por todo el personal? Si X No
Explicar en caso de respuesta negativa: _____
- B. ¿Cuales son las reglas del laboratorio para aceptar/rechazar muestras consideradas no adecuadas para un análisis prolijo? Explicar en hoja anexa avalando con fecha y firma.
- C. ¿Cual es el proceso de re-verificación que el laboratorio usa para asegurarse de la calidad del resultado de sus analices: _____
- D. ¿Cual es el porcentaje anual de exámenes de mamografía en relación con los demás exámenes? _____% Mam. _____% Demás
- E. ¿Tiene un número máximo/mínimo de analices que un técnico puede hacer por día? _____# Máximo _____# Mínimo No hay límites
- F. ¿Se otorga al personal re-entrenamiento concerniente con las siguientes áreas, con que periodicidad?.....
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Equipo de alta tecnologia | <input type="checkbox"/> Técnicas para el análisis clínico de diferentes muestras biológicas |
| <input type="checkbox"/> Uso adecuado del equipo | <input type="checkbox"/> Normas de bio-seguridad y cumplimiento con ellas |
- G. ¿Tiene Usted normas y procedimientos (por escrito) concernientes a la seguridad, almacenamiento, distribución, uso y deshecho de residuos y muestras biológicas y en conformidad con las normas y regulaciones que atañen? Si X No
- H. ¿Tiene Banco de Sangre? Si X No

Se hace constar que el Solicitante de este seguro declara conocer y aceptar integralmente 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 Asegurado 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

Representante Legal

Firma

Nombre y Cargo

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, UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA Y TECNOLÓGICA DE COLOMBIA NIT. 891.800.330-1

Es un Ente Universitario Autónomo de Carácter Nacional, Estatal y público, Democrático, de Régimen Especial, vinculado al Ministerio de Educación Nacional con Sedes Seccionales Duitama, Sogamoso y Chiquinquirá y con Domicilio en Tunja. Creada mediante decreto 2655 del 10 de octubre de 1953, expedido por el Gobierno Nacional.

2. Adjuntar, relación completa de los asegurados donde se establezca, nombre, cargo, antigüedad en la empresa y funciones.
3. Indicar las sumas aseguradas o cotiza: **\$2.000.000.000 DETRIMENTO PATRIMONIAL Y \$800.000.000 GASTOS DE DEFENSA**
4. Relacione los cargos que desea asegurar

NO. CARGOS	CARGO
1	RECTOR
1	VICE-RECTOR ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA
1	VICE-RECTOR DE INVESTIGACIÓN Y EXTENSIÓN
1	DIRECTOR JURÍDICO
1	VICE-RECTOR ACADÉMICO
1	JEFE DEPARTAMENTO DE CONTRATACIÓN
1	DIRECTOR DE INCITEMA
1	JEFE DEPARTAMENTO DE POSGRADOS
1	DECANO SECCIONAL SOGAMOSO
1	DECANO SECCIONAL CHIQUINQUIRÁ
1	DECANO SECCIONAL DUITAMA
1	JEFE DEPARTAMENTO DE TESORERIA
1	JEFE DEPARTAMENTO DE TALENTO HUMANO
1	JEFE DEPARTAMENTO DE PRESUPUESTO
1	JEFE DEPARTAMENTO DE CONTABILIDAD
15	TOTAL

5. Durante los últimos cinco 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 :

6. 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:

7. Es la Compañía:

a) Pública

b) _____ Mixta

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

En poder del Estado _____

En Poder del sector privado _____

8. Capital social de la Compañía:

a) Número total de accionistas: _____

Con derecho a voto: _____

Sin derecho a voto: _____

b) Sociedades que posean al menos el 15% del capital social de la empresa, identidad y porcentaje en cada caso, y especificar si están representados en el consejo. Dar detalles. _____

c) Compañías filiales de la empresa, porcentaje de participación en aquellas. Para su información, les indicamos que quedaran 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 Manejo Global? Si NO _____

En caso afirmativo especifique,

ASEGURADORA

SEGUROS GENERALES VALOR ASEGURADO ACTUAL \$ 1.100.000.000

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 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: EN ALGUNOS CARGOS _____

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 X

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:

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.

Firmado



Cargo

RECTOR

Sociedad y Sello

Fecha

23-02-2017



EL REPRESENTANTE LEGAL Y LA JEFE DEL DEPARTAMENTO DE CONTABILIDAD DE LA UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA Y TECNOLÓGICA DE COLOMBIA - TUNJA

En Cumplimiento a lo dispuesto en el numeral 5 del capítulo II del título III del manual de procedimientos del Régimen de Contabilidad Pública, adoptado mediante resolución 356 del 5 de septiembre de 2007 de la Contaduría General de la Nación.

CERTIFICAN:

Que la información Financiera, Económica, Social y Ambiental, presentada por la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, Nit. 891.800.330-1, de fecha 1 de enero a 31 de diciembre de 2017, fue tomada fielmente de los Libros de Contabilidad, los cuales son llevados conforme a las Normas del Régimen de Contabilidad Pública, y las cifras reflejadas en ellos presentan en forma fidedigna la situación Financiera de la Universidad a 31 de diciembre de 2017.

Que los hechos, transacciones y operaciones han sido reconocidos y realizados por la Universidad durante el período del 1 de enero al 31 de diciembre de 2017, los cuales se revelan conforme a lo establecido en el Régimen de Contabilidad Pública.

Que el valor total de activos, pasivos, patrimonio, ingresos, gastos, costos y cuentas de orden, han sido revelados en los estados contables básicos; los activos representan un potencial de beneficios futuros y los pasivos presentan hechos pasados que implican un flujo de salida de recursos, en desarrollo de la prestación del servicio social de educación, con corte a 31 de diciembre de 2017.

Se expide la presente en Tunja, a los catorce (14) días del mes de febrero de dos mil dieciocho (2018).

A. L.
ALFONSO LOPEZ DIAZ
Rector
Representante Legal

BVP/refg.

Blanca Valderrama Pedraza
BLANCA VALDERRAMA PEDRAZA
Jefe Departamento de Contabilidad
TP. 32491-T

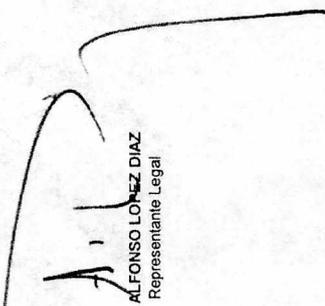
UNIVERSIDAD PEDAGOGICA Y TECNOLOGICA DE COLOMBIA
 NIT 891.800.330 -1
 BALANCE GENERAL A 31 DE DICIEMBRE 2017
 (Cifras en pesos)

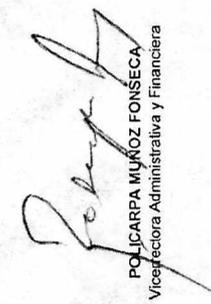
	31/12/2017	31/12/2016
ACTIVO		
CORRIENTE		
1100 EFECTIVO	111.931.727.530	104.635.640.513
1110 DEPOSITOS EN INSTITUCIONES FINANCIERAS	76.750.161.284	66.267.404.457
1200 INVERSIONES E INSTRUMENTOS DERIVADOS	31.761.628.096	31.166.281.549
1201 INVERSIONES ADMINISTRACION LIQUIDEZ - TITULOS DE DEUDA	17.656.180.950	11.596.979.235
1202 INVERSIONES ADMINISTRACION LIQUIDEZ-TITULOS	14.105.447.146	19.569.302.314
1400 DEUDORES	2.931.882.428	6.533.935.938
1407 PRESTACION DE SERVICIOS	593.153.164	3.907.581.286
1413 TRANSFERENCIAS POR COBRAR	0	210.171.520
1420 AVANCES Y ANTICIPOS ENTREGADOS	82.155.407	593.883.689
1425 DEPOSITOS ENTREGADOS EN GARANTIA	0	1.000.000
1470 OTROS DEUDORES	2.256.573.857	1.821.299.463
1900 OTROS ACTIVOS	488.055.722	668.018.569
1905 BIENES Y SERVICIOS PAGADOS POR ANTICIPADO	0	0
1910 CARGOS DIFERIDOS	488.055.722	668.018.569
NO CORRIENTE		
1200 INVERSIONES E INSTRUMENTOS DERIVADOS	278.124.335	278.124.335
1207 INVERSIONES PATRIMONIALES EN ENTIDADES NO CONTROLADAS	298.880.721	298.980.721
1280 PROVISION PARA PROTECCION DE INVERSIONES (CR)	20.856.386	20.856.386
1600 PROPIEDAD, PLANTA Y EQUIPO	114.559.673.734	108.987.716.669
1605 TERRENOS	8.044.324.959	5.216.233.273
1610 SEMOVIENTES	106.470.999	102.848.398
1615 CONSTRUCCIONES EN CURSO	16.065.179.725	23.395.328.549
1635 BIENES MUEBLES EN BODEGA	65.819.184	31.764.939
1637 PROPIEDADES, PLANTA Y EQUIPO NO EXPLOTADOS	808.469.706	1.054.713.760
1640 EDIFICACIONES	66.250.421.274	52.650.914.873
1655 MAQUINARIA Y EQUIPO	8.170.499.954	8.123.010.348
1660 EQUIPO MEDICO Y CIENTIFICO	27.885.703.887	26.259.288.959
1665 MUEBLES, ENSERES Y EQUIPO DE OFICINA	12.458.236.668	12.717.036.159
1670 EQUIPOS DE COMUNICACION Y COMPUTACION	28.916.295.331	28.168.088.814
1675 EQUIPO DE TRANSP. TRACCION Y ELEVACION	2.784.550.329	2.667.163.829
1680 EQUIPO COMEDOR COCINA DESPENSA Y HOTELERIA	1.116.480.464	1.113.623.718
1685 DEPRECIACION ACUMULADA (CR)	58.016.767.861	52.418.152.326
1686 AMORTIZACION ACUMULADA (CR)	96.010.885	94.146.622
1700 BIENES DE BENEFICIO USO PUBLICO HISTORICO CULTURA	807.417	807.417
1715 BIENES HISTORICOS Y CULTURALES	807.417	807.417
1900 OTROS ACTIVOS	54.013.202.327	53.336.701.853
1910 CARGOS DIFERIDOS	8.246.015	8.246.015
1915 OBRAS Y MEJORAS EN PROPIEDAD AJENA	0	167.648.170
1920 BIENES ENTREGADOS A TERCEROS	0	15.598.575
1925 AMORTIZACION ACUMULADA BIENES ENTREGADOS TC (CR)	0	10.789.021
1960 BIENES DE ARTE Y CULTURA	7.306.678.204	6.889.448.167
1970 INTANGIBLES	6.371.825.532	5.392.599.583
1975 AMORTIZACION ACUMULADA DE INTANGIBLES (CR)	5.441.624.770	4.901.347.865
1989 VALORIZACIONES	45.768.077.346	45.775.298.229
TOTAL ACTIVO	280.783.535.343	267.238.990.787
PASIVO		
CORRIENTE		
2200 OPERACIONES DE CREDITO PUBLICO Y FINANCIAMIENTO	11.798.133.503	26.827.710.367
2208 OPERACIONES DE CREDITO PUBLICO INTERNAS LARGO PLAZO	0	259.756.675
2400 CUENTAS POR PAGAR	10.865.505.395	22.789.342.864
2401 ADQUISICION DE BIENES Y SERVICIOS NACIONALES	75.912.786	170.223.003
2422 INTERESES POR PAGAR	0	11.972.751
2425 ACREEDORES	806.710.888	1.355.762.284
2436 RETENCION EN LA FUENTE E IMPUESTO TIMBRE	39.159.335	65.760.135
2440 IMPUESTOS, CONTRIBUCIONES Y TASAS POR PAGAR	32.843.455	46.190.220
2450 AVANCES Y ANTICIPOS RECIBIDOS	42.146.124	0
2453 RECURSOS RECIBIDOS EN ADMINISTRACION	9.969.330.807	21.139.434.491
2900 OTROS PASIVOS	932.628.108	3.778.610.828
2905 RECAUDOS A FAVOR DE TERCEROS	227.729.282	1.304.012.829
2910 INGRESOS RECIBIDOS POR ANTICIPADO	704.898.826	2.474.597.999
NO CORRIENTE		
2700 PASIVOS ESTIMADOS	78.892.695	78.892.695
2710 PROVISION PARA CONTINGENCIAS	78.892.695	78.892.695
TOTAL PASIVO	11.877.026.198	26.906.603.062
PATRIMONIO INSTITUCIONAL		
3200 CAPITAL FISCAL	268.906.509.145	240.332.387.725
3208 RESULTADOS DEL EJERCICIO	192.575.701.292	191.054.640.886
3230 SUPERAVIT POR DONACION	25.395.870.707	6.916.254.627
3235 SUPERAVIT POR VALORIZACION	1.981.753.204	1.981.368.204
3240 PATRIMONIO INSTITUCIONAL INCORPORADO	45.768.077.346	45.775.298.229
3255 PROVISIONES, DEPRECIACIONES Y AMORTIZACIONES (DB)	7.114.784.690	0
TOTAL PASIVO Y PATRIMONIO	280.783.535.343	267.238.990.787

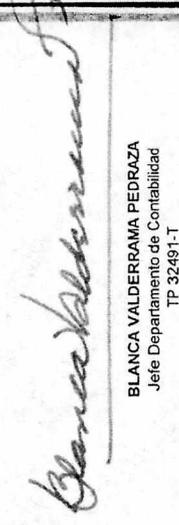


UNIVERSIDAD PEDAGOGICA Y TECNOLOGICA DE COLOMBIA
 NIT 891.800.330 -1
 BALANCE GENERAL A 31 DE DICIEMBRE DEL 2017
 (Cifras en pesos)

	31/12/2017	31/12/2016		31/12/2017	31/12/2016
CUENTAS DE ORDEN DEUDORAS			CUENTAS DE ORDEN ACREEDORAS		
8100 DERECHOS CONTINGENTES	2.462.888.909	3.560.552.504	9100 RESPONSABILIDADES CONTINGENTES	2.911.398.916	3.061.381.287
8120 LITIGIOS Y MECANISMOS ALTERNATIVOS SOLUCION CONFLICTOS	2.462.888.909	3.560.552.504	9120 LITIGIOS Y MECANISMOS ALTERNATIVOS SOLUCION CONFLICTOS	2.911.398.916	3.061.381.287
8300 DEUDORAS DE CONTROL	132.559.562	201.093.859	9300 ACREEDORAS DE CONTROL	102.094.016	104.456.819
8315 ACTIVOS RETIRADOS	28.294.304	28.294.304	9346 BIENES RECIBIDOS DE TERCEROS	102.094.016	104.456.819
8361 RESPONSABILIDADES EN PROCESO	104.265.258	172.799.555			
8900 DEUDORAS POR CONTRA (GR)	2.595.448.471	3.761.646.363	9900 ACREEDORAS POR CONTRA (Db)	3.013.492.932	3.165.838.106
8905 DERECHOS CONTINGENTES POR CONTRA (GR)	2.462.888.909	3.560.552.504	9905 RESPONSABILIDADES CONTINGENTES POR CONTRA (Db)	2.911.398.916	3.061.381.287
8915 DEUDORAS DE CONTROL POR CONTRA (GR)	132.559.562	201.093.859	9915 ACREEDORAS DE CONTROL POR CONTRA (Db)	102.094.016	104.456.819


ALFONSO LOMEZ DIAZ
 Representante Legal


POLYCARPA MUÑOZ FONSECA
 Vicefloreora Administrativa y Financiera


BLANCA VALDERRAMA PEDRAZA
 Jefe Departamento de Contabilidad
 TP 32491-T

ANEXO Nº 1

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. UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA Y TECNOLÓGICA DE COLOMBIA NIT. 891.800.330-1

Es un Ente Universitario Autónomo de Carácter Nacional, Estatal y público, Democrático, de Régimen Especial, vinculado al Ministerio de Educación Nacional con Sedes Seccionales Duitama, Sogamoso y Chiquinquirá y con Domicilio en Tunja. Creada mediante decreto 2655 del 10 de octubre de 1953, expedido por el Gobierno Nacional.

2. Adjuntar, relación completa de los asegurados donde se establezca, nombre, cargo, antigüedad en la empresa y funciones.
3. Indicar las sumas aseguradas a cotizar: **\$2.000.000.000 DETRIMENTO PATRIMONIAL Y \$800.000.000 GASTOS DE DEFENSA**
4. Relacione los cargos que desea asegurar

NO. CARGOS	CARGO
1	RECTOR
1	VICE- RECTOR ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA
1	VICE - RECTOR DE INVESTIGACIÓN Y EXTENSIÓN
1	DIRECTOR JURÍDICO
1	DIRECTOR DE PLANEACION
1	VICE- RECTOR ACADÉMICO
1	JEFE DEPARTAMENTO DE CONTRATACIÓN
1	DIRECTOR DE INCITEMA
1	JEFE DEPARTAMENTO DE POSGRADOS
1	DECANO SECCIONAL SOGAMOSO
1	DECANO SECCIONAL CHIQUINQUIRÁ
1	DECANO SECCIONAL DUITAMA
1	JEFE DEPARTAMENTO DE TESORERIA
1	JEFE DEPARTAMENTO DE TALENTO HUMANO
1	JEFE DEPARTAMENTO DE PRESUPUESTO
1	JEFE DEPARTAMENTO DE CONTABILIDAD
16	TOTAL

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:

a) x_____ Pública

b) _____ Mixta

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

En poder del Estado _____

En Poder del sector privado _____

8. Capital social de la Compañía:

a) Número total de accionistas: _____

Con derecho a voto: _____

Sin derecho a voto: _____

b) Sociedades que posean al menos el 15% del capital social de la empresa, identidad y porcentaje en cada caso, y especificar si están representados en el consejo. 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 Manejo Global? SI NO _____

En caso afirmativo especifique,

ASEGURADORA

SEGUROS GENERALES VALOR ASEGURADO ACTUAL \$ 1.100.000.0000

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 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: EN ALGUNOS CARGOS

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 _____

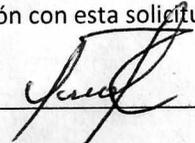
15. Indiquen si hay:

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

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.

Firmado



Cargo

RECTOR

Sociedad y Sello

Fecha

25-02-2017


OSCAR HERNAN RAMIREZ
Rector UPTC

