



**CUESTIONARIO DE RESPONSABILIDAD CIVIL
PARA SERVIDORES PUBLICOS**

Nombre de la Entidad: EMPRESA MUNICIPAL PARA LA SALUD

Objeto Social: Juegos de Suerte y Azar – Administrar y Operar la Lotería de Manizales, para generar recursos para la salud.

Nit: 890801007-8

Tiempo durante el cual se encuentra desarrollando su actual actividad: 101 años en el mercado, pero bajo la denominación de EMSA 33 años.

Sumas aseguradas a cotizar: 300 millones y 400 millones

RELACION DE CARGOS A ASEGURAR

CARGO	CANTIDAD
Miembros principales junta directiva	5
Gerente	1

1

Ha tenido cambios de denominación durante los últimos cinco (5) años ?
SI___ NO __X_ . En caso afirmativo dar detalles

La estructura del Capital Social ha sufrido modificaciones.?
SI___ NO __X_ . En caso afirmativo dar detalles

Ha tenido lugar alguna adquisición, fusión, absorción, etc. De otras empresas ?
SI___ NO __X_ . En caso afirmativo dar detalles

En la actualidad considera la posibilidad de alguna fusión, adquisición, etc. de otras empresas ?
SI___ NO __X_ . En caso afirmativo dar detalles

Existe en este momento alguna propuesta de la que tenga conocimiento la entidad, relacionada con su adquisición por otra empresa ?
SI___ NO __X_ . En caso afirmativo dar detalles



**LOTERÍA DE
MANIZALES**
PARA GANARLA HAY QUE COMPRARLA



SC- 2000034

¿Se está estudiando o considerando la cotización en bolsa de las acciones de la empresa?
SI ___ NO . En caso afirmativo dar detalle

La empresa es una entidad pública o Mixta ___ .?
(En caso de ser mixta, especificar el porcentaje de acciones en poder del Estado % y en poder del Sector Privado %)

La entidad se encuentra bajo la vigilancia o control de La Contraloría, Personería, Procuraduría, Fiscalía, Superintendencia, Empresas de Regulación, Otras Cuales ..?

SI NO ___

El Capital Social de la Entidad:
Número total de accionistas _N/A_ Con derecho a Voto _N/A_ Sin derecho a Voto _N/A_

Relacione los Accionistas que posean al menos el 15% del capital social de la Entidad, identidad y porcentaje en cada caso y especificar si están representados en la junta directiva. Dar detalles

NO TIENE

Compañías filiales de la entidad, 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

NO TIENE

Se ha adquirido o vendido filiales o subsidiarias durante los últimos 18 meses ?
SI ___ NO . En caso afirmativo dar detalles

La entidad en el momento tiene seguro de Responsabilidad Civil Servidores Públicos o Directores y Administradores. ?
SI ___ NO . En caso afirmativo dar detalles

Tiene la Entidad 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

Ha rechazado o negado algún asegurador de la cobertura del riesgo a las personas para quienes actualmente se solicita.?
SI ___ NO . En caso afirmativo dar detalles

2

Calle 51C Carrera 15B Barrio La Asunción.
Manizales, Colombia

PBX: (606) 8928057

www.loteriademanizales.com

Línea de Atención al Cliente 018000188057

emsa.loteriademanizales@gmail.com
notificacionesjudiciales@loteriademanizales.com



**LOTERÍA DE
MANIZALES**
PARA GANARLA HAY QUE COMPRARLA



SC-2000034

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

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

Existe alguna calificación, comentario u observación contenida en el informe de los auditores externos o entidades de control sobre la compañía.

SI NO ___ . En caso afirmativo dar detalles

**DICTAMEN LIMPIO Y SIN SALVEDADES EN LOS ESTADOS FINANCIEROS
FENECIMIENTO DE LA CUENTA FISCAL**

Existe alguna responsabilidad o aspecto extraordinario indicado dentro del informe financiero.

SI ___ NO . En caso afirmativo dar detalles

El abajo firmante en calidad de representante legal de la entidad declara que acorde con su conocimiento, las declaraciones contenidas en esta solicitud son verdad. La firma de esta solicitud no obliga a lo 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 considere necesaria.

CARGO: GERENTE

NOMBRE: ANGELA MARIA OSORIO AGUIRRE

FECHA: 02/01/2024