

CUESTIONARIO DE RIESGO DEL
SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PARA DIRECTORES Y FUNCIONARIOS

1. Nombres y Apellidos completos del Solicitante: **Yanira Margarita Lozano Meza**
2. Domicilio: **Calle Amador Merino 285 San Isidro**
3. RUC: **20414671773**
4. Cargo: **Gerente de Administración**
5. ¿A qué grupo corresponde el cargo?: Marcar (X)
 - 6.1 Funcionario público: **X**
 - 6.2 Directivo público: _____
 - 6.3 Servidor Civil de Carrera: _____
 - 6.4 Servidor de Actividades Complementarias: _____
6. A qué régimen de adscripción al Estado corresponde: Marcar (X)
 - 7.1 Ley 30057 Ley del Servicio Civil:
 - 7.2 Decreto Legislativo N° 276, Ley de Bases de la Carrera Administrativa y de Remuneraciones del Sector Público:
 - 7.3 Decreto Legislativo N° 728, Ley de Productividad y Competitividad Laboral: **X**
 - 7.4 Regímenes de carreras especiales de acuerdo con la Ley:
 - 7.5 Decreto Legislativo N° 1057, Contratación de Administración de Servicios, CAS:
 - 7.6 D.S N° 040-2014-PCM, Modalidad de Contratación Directa:
7. Representante Legal: **Yanira Margarita Lozano Meza**
8. Actividad, funciones y áreas de responsabilidad de la Entidad o Institución Pública, sea ella Contratante o no de la posible Póliza:

El FMV se dedica a la promoción y financiamiento de la adquisición, mejoramiento y construcción de viviendas, especialmente las de interés social, a la realización de actividades relacionadas con el fomento del flujo de capitales hacia el mercado de financiamiento para vivienda, a la participación en el mercado secundario de créditos hipotecarios; así como a contribuir con el desarrollo del mercado de capitales. Todas las actividades del Fondo están reguladas por la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP (en adelante "SBS") mediante la Resolución SBS N° 980-2006, Reglamento para el Fondo MIVIVIENDA S.A.

Áreas responsables de la póliza: Gerencia de Administración
9. A qué nivel de Gobierno corresponde: Marcar con (X)
 - 16.1 Central: **X**
 - 16.2 Regional:
 - 16.3 Local:
10. Persona contacto: **Liz Jurayma Romero Licona**
11. Teléfono: _____
12. Email: **lromerol@mivivienda.com.pe**
13. Si la Entidad o Institución Pública es Contratante de la posible Póliza y se va a proponer a más de un Servidor Civil, adjuntar una Relación los de Servidores Civiles a los que se le quiere dar cobertura, donde se establezca, lo siguiente:

La cobertura es al puesto	
DIRECTORES	(05)
GERENTES	(12)
JEFES	(19)
COORDINADORES	(14)
SUPERVISORES	(10)

TOTAL DE PUESTOS O CARGOS REPORTADOS:
60

14. Límites de Responsabilidad a cotizar:

VALORES ASEGURADOS:

Límite de Responsabilidad: USD 300,000 por evento y USD 2´000,000.00 en el Agregado anual

15. Presupuesto de la Entidad o Institución Pública Contratante:

Presupuesto de Ingresos y Egresos – Año 2024 en soles

□

RUBROS	PRESUPUESTO APROBADO
INGRESOS	2,349,031,580
Recursos Directamente Recaudados	852,242,730
Donaciones y Transferencias*	1,496,788,850
GASTOS	2,261,061,663
Gastos Corrientes	2,257,700,052
Gastos de Capital	3,361,611
SALDO DE PROGRAMACIÓN	87,969,917

16. Relacione los puestos o cargos a reportar:

DIRECTORES	(05)
GERENTES	(12)
JEFES	(19)
COORDINADORES	(14)
SUPERVISORES	(10)

TOTAL DE PUESTOS O CARGOS REPORTADOS:
60

17. Durante los últimos cinco (05) años:

- o ¿Ha cambiado la denominación o funciones de la Entidad o Institución Pública?

SI _____ NO X

En _____ caso _____ afirmativo, _____ dar _____ detalles:

- o Si la Institución o Entidad Pública estuviera organizada como una persona jurídica sociedad anónima, la estructura del capital social ha sufrido modificaciones?

SI _____ NO X

En _____ caso _____ afirmativo, _____ dar _____ detalles: _____

- o Considera actualmente la posibilidad de alguna fusión, adquisición, etc. de otras empresas?

SI _____ NO X

En _____ caso _____ afirmativo, _____ dar _____ detalles:

- o Se está estudiando o considerando la cotización en bolsa de las acciones de su empresa?

SI _____ NO X

En _____ caso _____ afirmativo, _____ dar _____ detalles:

18. Es la Entidad o Institución Pública: Marcar (X)

- o Pública X

- o Mixta _____

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

- o En poder del Estado _____

- o En poder del sector privado _____

19. De ser el caso, personas jurídicas que posean al menos 15% del capital social de la Entidad o Institución Pública, identidad y porcentaje en cada caso, detallar y especificar si están representados en el Directorio o Junta. Dar detalles:

Nombre de la Sociedad - % de Participación - Representados en Junta

Nombre de la sociedad	% de participación	Representados en Junta
Estado Peruano, su titularidad es ejercida por el Fondo Nacional de Financiamiento de la Actividad Empresarial del Estado - FONAFE	100%	Fondo Nacional de Financiamiento de la Actividad Empresarial del Estado - FONAFE

20. La Entidad o Institución Pública se encuentra bajo la vigilancia y control de: Marcar (X)

- o Contraloría General de la República: X

- o Ministerio Público: _____

- o Oficina de Control Interno o Auditoría Interna: X

- o Superintendencia: X _____ o

Organismo Regulador: _____

- o Otros: X _____

21. Tiene la Entidad o Institución Pública en el momento Seguro de Responsabilidad Civil de Directores y Administradores? SI X En caso afirmativo especifique:

o Vigencia: Del: xxxxxxxx Al: 29/10/2023

- Fecha de Retroactividad: 29/01/2020
- Limite Asegurado: USD 300,000 por evento y USD 2'000,000.00 en el Agregado anual
- Compañía de Seguros: La Positiva Seguros y Reaseguros

22. Tiene la Entidad o Institución Pública 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:

- Vigencia:
- Fecha de Retroactividad:
- Limite Asegurado:
- Compañía de Seguros:

23. La Entidad o Institución Pública tienen una oficina de Control Interno o Auditoría que realiza investigaciones disciplinarias Internas?

SI ☒ _____ NO _____

En caso afirmativo dar detalles:

24. 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:

25. Se ha tenido conocimiento durante los últimos cinco (05) años de eventos que puedan dar lugar al inicio de una demanda, investigación o proceso contra el o los Servidores Civiles que se pretende amparar, por parte de los Organismos de Control Interno Administrativos o Sociedades de Auditoría, Contraloría General de la República, o por parte del Ministerio Público o Jueces Civiles o Penales de la República?

SI ☒ _____ NO _____

En caso Afirmativo por favor describir en detalle:

Se ha tenido conocimiento de un evento el 06 de junio de 2024, sobre una funcionaria que fue notificada mediante la Notificación N° 18-2024, emitida por la 2° Fiscalía Provincial Penal Corporativa de Ica – 1° Despacho, en el marco de una investigación penal en su contra por el presunto delito de estafa, en agravio de un tercero; sin embargo este evento sigue en proceso.

26. Indique si la Entidad o Institución Pública o alguno de los cargos reportados o algunas de las personas para las que solicita este seguro se ha visto alguna vez afectada por una reclamación o denuncia en su contra o por una investigación por parte de cualquier entidad competente?

SI _____ NO ☒ _____

En caso Afirmativo por favor describir en detalle las acciones y los costos de defensa incurridos:

27. Tiene alguna de las personas para las que se propone este seguro, conocimiento de alguna circunstancia o incidente que pudiera dar lugar a la reclamación de un tercero?

SI _____ NO ☒ _____

En caso afirmativo por favor relacionar detalle de las circunstancias o incidente

28. Indiquen si hay:

Alguna calificación, comentario u observación contenida en el informe de Control Interno o Dictamen de los Auditores Externos sobre la Entidad o Institución Pública, si es aplicable:

El Fondo MIVIVIENDA S.A. desde el inicio de sus operaciones hasta la fecha, el dictamen de los auditores externos sobre los estados financieros ha sido consistentemente favorable; en cada ejercicio, se ha emitido una opinión limpia.

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

Dentro del informe financiero, los auditores externos no han emitido observaciones ni recomendaciones relacionadas con responsabilidades contingentes o eventos extraordinarios.

DECLARACIÓN FORMAL

Por favor lea cuidadosamente la siguiente declaración y firme a continuación en el espacio indicado. Si se celebra el contrato de seguro, esta declaración se adjuntará al mismo.

Declaro que la totalidad de la información suministrada en este formulario es verídica y exacta, y que no se ha omitido voluntariamente, ni siquiera suprimido ningún hecho. También informaré cualquier modificación que ocurra desde este día hasta la fecha de inicio de vigencia de la Póliza. La firma de esta solicitud no obliga a la formalización del seguro propuesto, pero se acuerda que esta solicitud se adjuntará y constituirá parte de la Póliza. La Aseguradora queda autorizada a realizar cualquier indagación y consulta que en conexión con esta solicitud considere necesaria.

Fecha: 05/09/2024

* El Formulario deberá ser firmado por el Servidor Civil solicitante y, en su caso, por la Entidad o Institución Pública Contratante, representada por una persona que ostente plenas facultades para ello. Es importante que quienes firmen tengan un buen conocimiento del ámbito de esta cobertura para que las preguntas sean contestadas correctamente.

Fecha: 05/09/2024