

## FORMULARIO CUESTIONARIO RESPONSABILIDAD CIVIL PARA SERVIDORES PÚBLICOS

Este cuestionario es para pólizas relacionadas exclusivamente con reclamaciones presentadas contra el asegurado durante el período de vigencia de dicha póliza – Claims Made.

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 entidad, objeto social, tiempo durante el cual ha desarrollado su actividad actual.

Nombre: Instituto de Cultura y Patrimonio de Antioquia

Objeto social: Promoción y fomento de la cultura, las artes, en sus diversas manifestaciones y la conservación y divulgación de la memoria y el patrimonio cultural del departamento de Antioquia.

Tiempo: Desde 28 de febrero de 2011

2. Adjuntar, relación completa de los cargos asegurados donde se establezca, nombre, cargo, antigüedad en la empresa y funciones.

Nombre	Cargo
Directora	Isabel Cristina Carvajal Zapata
Subdirector Administrativo y Financiero	John Jairo Duque Garcia
Subdirector de Planeación	Luis Fernando Cortes Molina
Subdirector de Fomento Artístico y Cultural	Vacante
Tesorero	Vacante
Miembro del Consejo Directivo	Luis Fernando Calderon
Miembro del Consejo Directivo	Oscar Darío Rolda Alzate
Miembro del Consejo Directivo	Nestor David Restrepo Bonnett
Miembro del Consejo Directivo	Raul Tamayo Gaviria
Miembro del Consejo Directivo	Adriana Maria Hernandez Gil
Miembro del Consejo Directivo	Lucy A. Rivera Osorio

3. Indicar las sumas aseguradas a cotizar:

	Valores Asegurados
Alternativa 1	\$800.000.000
Alternativa 2	_____
Alternativa 3	_____

4. Relacione los nombres de los funcionarios que ocupan actualmente los cargos que desea asegurar

Nombre	Cargo
Directora	Isabel Cristina Carvajal Zapata
Subdirector Administrativo y Financiero	John Jairo Duque Garcia
Subdirector de Planeación	Luis Fernando Cortes Molina
Subdirector de Fomento Artístico y Cultural	Vacante

Tesorero	Vacante
Miembro del Consejo Directivo	Luis Fernando Calderon
Miembro del Consejo Directivo	Oscar Darío Rolda Alzate
Miembro del Consejo Directivo	Nestor David Restrepo Bonnett
Miembro del Consejo Directivo	Raul Tamayo Gaviria
Miembro del Consejo Directivo	Adriana Maria Hernandez Gil
Miembro del Consejo Directivo	Lucy A. Rivera Osorio

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 un cambio en la estructura del capital social, 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: NO APLICA

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.

NO APLICA

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? NO APLICA

9. Se ha adquirido o vendido filiales o subsidiarias durante los últimos 18 meses?

SI \_\_\_\_\_ , NO X

En caso afirmativo, dar detalles

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

10. a). Indique el ámbito territorial en el cual la entidad desarrolla sus actividades?

Departamento de Antioquia

b). Tiene la entidad actividades en Norte América?

No

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 alguna reclamación en contra de alguna de las personas o cargos para las cuales se solicita este seguro o en relación con el riesgo asegurado?

NO

**Nota: Favor Consultar esta respuesta con cada uno de los directivos a ser asegurados.**

14. ¿Tiene alguno de los beneficiarios conocimiento de investigaciones formales vigentes en su contra, adelantadas por algún organismo de control?

SI \_\_\_\_\_ NO

15. ¿Tiene conocimiento de alguna circunstancia o incidente que pudiera dar lugar a reclamación de un tercero?

SI \_\_\_\_\_ NO

16. Favor indicar si la compañía o entidad estatal:

a) Ha dejado alguna vez de cumplir con sus obligaciones con respecto a sus deudas, convenios o créditos durante los tres últimos años?

SI \_\_\_\_\_ NO

b) Alguna vez ha recomprado sus propias acciones por un precio en exceso del valor del mercado?

NO APLICA

c) Ha cambiado durante los últimos cinco años los auditores externos (si es aplicable?)

SI  NO

d) Ha solicitado y/o emitido durante los últimos 10 meses o esta considerando para los próximos 12 meses, una solicitud y/o emisión para una oferta pública de los valores o acciones (comunes u otras).

SI  NO

Si la respuesta a alguna de las preguntas arriba expuestas es afirmativa proporcione los detalles completos.

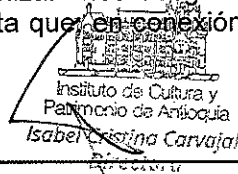
17. Indique si hay:

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

No Aplica

b) Alguna responsabilidad o aspecto extraordinario indicado dentro del informe financiero. NO

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

Nombre

Fecha

Directora General

Isabel Cristina Carvajal Zapata

Septiembre 25 de 2018

Two handwritten signatures are written below the printed name and date. The first signature is on the left and the second is on the right, both appearing to be variations of the signatory's name.

A small, handwritten mark or scribble is located on the left side of the page, near the bottom.

5