FORMULARIO DE SOLICITUD PARA POLIZA DE RESPONSABILIDAD PARA SERVIDORES PUBLICOS

Este cuestionario es para pólizas relacionadas exclusivamente con reclamaciones presentadas contra el Asegurado durante el periodo de la vigencia de dicha póliza.

Por favor diligencie todas y cada una de las siguientes preguntas, toda vez este cuestionario se constituye como parte de la póliza.

Ciudad y fecha: **Bucaramanga, octubre 16 de 2026**

Nombre de la empresa, objeto social, tiempo durante el cual se encuentra desarrollando su activid.ad actual.

LOTERIA SANTANDER: Juegos de suerte y azar conforme a la Ley 643 de 2001

1. Adjuntar relación detallada de los funcionarios asegurados, donde se establezca nombre, cargo, antigüedad en la empresa y funciones.

2. Indicar las sumas aseguradas requeridas:

   Alternativa 1 **$500.000.000**

3. Durante las ultimas 5 años:

   a. Ha cambiado la denominación de la compañia?

      Si **No X**

      En caso afirmativo favor dar detalles

   b. La estructura de capital social ha sufrido modificaciones?

      Si **No X**

      En caso afirmativo favor dar detalles

   c. Ha tenido lugar alguna adquisición, fusion, absorción, etc., de otras empresas?

      Si **No X**

      En caso afirmativo favor dar detalles

4. Relacione los cargos que desea asegurar:

Cargo	Nombre
Gerente General	Herwing Liban Peña Ordoñez
Subgerente Administrativo	Edwin Rubiel Paez Rincon
Subgerente Jurídico	Ivan Andres Caballero Parra
Subgerente mercadeo y ventas	Sofia Suarez Suarez
Subgerente Financiera	Stella Mosquera Galvis
Tesorero	Yamith Yovani Fajardo Carrillo

5. Considera actualmente la posibilidad de alguna fusion, adquisición, etc., de otras empresas?

Si No X

En caso afimativo favor dar detalles

a. Existe en este momento alguna propuesta, de la que tenga conocimiento la empresa, relacionada con su adquisición por parte de otra empresa?

Si **No X**

En caso afirmativo favor dar detalles

b. Se esta estudiando o considerando la cotización en bolsa de las acciones de su empresa?

Si No X

En caso afimativo favor dar detalles

6. Es la compañia:

a. Publica X
a. Mixta _____
b. Privada _____

En caso de ser mixta, favor informar el porcentaje de acciones asi:

En poder del Estado _____
En poder del sector privado _____

7. Capital Social de la Compañia:

a. Numero total de accionistas: _____
Con derecho a voto _____
Sin derecho a voto _____

b. Sociedades que posean mas del 15% del capital social de la empresa. Favor indicar su identidad y porcentaje en cada caso y si tienen representación en el Concejo. Suministrar detalles.

SOCIEDAD DE CAPITAL PUBLICO DEPARTAMENTAL: 83.33%
Junta General de socios

c. Compañias filiales de la empresa, porcentaje de participacion en aquellas. Para su informacion, les indicamos que quedan automaticamente incluidas en las polizas las compañias filiales cuyo porcentaje de participacion sea superior al 50%, si facilitan balances consolidados.
NA

8. Se han adquirido o vendido filiales o subsidiarias durante las ultimas 18 meses?

Si **No X**

En caso afirmativo favor dar detalles

9. Tiene la Entidad actualmente Poliza de Manejo Global?

Si X No

En caso afirmativo favor dar detalles

Vigencia 19/11/2025 a 18/11/2026
Limite asegurado: $300.000.000

Compañia de Seguros: Aseguradora solidaria de Colombia entidad Cooperativa

10. Tiene la empresa o alguno de sus actuales directivos o altos cargos algun otro seguro amparando el riesgo que se propone?

Si **No X**

En caso afirmativo favor dar detalles

11. Se le ha rechazado o denegado por parte de alguna aseguradora la cobertura a las personas para las que actualmente se solicita?

Si **No X**

En caso afirmativo favor dar detalles

12. Ha existido o existe alguna reclamación, respecto de alguna de las personas para las que se propone este seguro o alguna con relacion al riesgo solicitado?

Si **No X**

En caso afirmativo favor dar detalles

13. Tiene alguna de las personas para las que se propane este seguro, incluyendo aquellas personas propuestas en empresas subsidiarias o afiliadas, si es aplicable, conocimiento de alguna circunstancia o incidente. que pudiera dar lugar a la reclamacion de un tercero?

    Si No X

    En caso afirmativo favor dar detalles

14. Favor indicar si hay:

    a. alguna calificación, comentario u observación contenida en el informe de los auditores extemos sobre la compañia, si es aplicable: NO

    b. Alguna responsabilidad o aspecto extraordinario indicado dentro del informe financiero: NO (En caso afirmativo, favor suministrar copia del informe).

El abajo firmante declara que acorde con su conocimiento, las declaraciones contenidas en esta solicitud son verdaderas. La firma de esta solicitud no obliga al abajo firmante a la formalización del seguro propuesto, pero se acuerda que esta solicitud se adjuntara y constituira como parte de la póliza. Los aseguradores quedan autorizados para realizar cualquier indagación y consulta que, en conexión con esta solicitud considera necesaria.

Firmado _____

Cargo Gerente

Nombre Herwing Liban Peña Ordoñez

Fecha 16/10/2026

Vo. Bo. Ivan Andres Caballero Parra

Documentos que se deben anexar:

Estados Financieros comparativos de los ultimos dos ejercicios
Organigrama de la empresa

Es importante tener en cuenta que el alto funcionario de la Entidad que diligencie este formulario debe tener amplio conocimiento de la información solicitada para que las preguntas sean contestadas correctamente. En caso de duda sobre el sentido de alguna pregunta, agradecemos contactar a su intermediario de seguros puesto que la divulgación de información incorrecta puede afectar los derechos del Asegurado y/o dar lugar a la anulación del seguro otorgado.