CUESTIONARIO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PARA SERVIDORES PUBLICOS
INSTITUTO DE CULTURA Y PATRIMONIO DE ANTIOQUIA

Este cuestionario es para pólizas relacionadas exclusivamente con reclamaciones presentadas contra el asegurado durante el período de vigencia de éste.

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. DATOS GENERALES

   A. NOMBRE DE LA ENTIDAD
   INSTITUTO DE CULTURA Y PATRIMONIO DE ANTIQOUIA

   B. OBJETO SOCIAL
   Fomento de la cultura en todos sus procesos, ámbitos, expresiones y manifestaciones como el arte, las artes, el folclor; además de incentivar la creación y desarrollo de la identificad regional y nacional.

   C. TIEMPO DURANTE EL CUAL SE ENCUENTRA DESARROLLANDO SU ACTUAL ACTIVIDAD.
   Creada mediante Ordenanza N° 34 de 29 de diciembre de 2010, reglamentado su funcionamiento mediante Decretos 0494 de 28 de febrero de 2011, 02120 y 02132 de 2011.

2. INDICAR LAS SUMAS ASEGURADAS COTIZAR: **$1.500.000.000**
   VER FORMATO TECNICO
   RELACIONE LOS CARGOS UTO DE QUE DESEA ASEGURAR

CARGO	CANTIDAD
➢ Director	1
➢ Control interno	1
➢ Subdirectores	3
➢ Líder Jurídico	1
➢ Líder Talento Humano	1
➢ Líder Comunicaciones	1
➢ Líder Patrimonio	1
➢ Líder Proyectos	1
➢ Tesorería	1
➢ Contabilidad	1
➢ Miembros Junta Directiva	5
TOTAL CARGOS ASEGURADOS	**17**

3. DURANTE LOS ÚLTIMOS CINCO AÑOS
   A. ¿HA CAMBIADO LA DENOMINACIÓN DE LA COMPAÑÍA?
   SI NO XX EN CASO AFIRMATIVO DAR DETALLES

   B. ¿LA ESTRUCTURA DEL CAPITAL SOCIAL HA SUFRIDO MODIFICACIONES?
   SI NO XX EN CASO AFIRMATIVO DAR DETALLES

   C. ¿HA TENIDO LUGAR ALGUNA ADQUISICIÓN, FUSION O ABSORCION, ETC. DE OTRAS EMPRESAS?
   SI NO XX EN CASO AFIRMATIVO DAR DETALLES

4. FUSIONES

A. ¿CONSIDERA ACTUALMENTE LA POSIBILIDAD DE ALGUNA FUSIÓN, ADQUISICIÓN ETC DE OTRAS EMPRESAS?
SI NO XX EN CASO AFIRMATIVO DAR DETALLES

B. ¿EXISTE EN ESTE MOMENTO ALGUNA PROPUESTA, DE LA QUE TENGA CONOCIMIENTO LA EMPRESA RELACIONADA CON SU ADQUISICIÓN POR PARTE DE OTRA EMPRESA??
SI NO XX EN CASO AFIRMATIVO DAR DETALLES

C. C) ¿SE ESTÁ ESTUDIANDO O CONSIDERANDO LA COTIZACIÓN EN BOLSA DE LAS ACCIONES DE LA EMPRESA?
SI NO XX EN CASO AFIRMATIVO DAR DETALLES

5. ES LA EMPRESA

A. PÚBLICA XX
B. MIXTA

EN CASO DE SER MIXTA ESPECIFICAR EL PROCENTAJE DE ACCIONES ASÍ:
EN PODER DEL ESTADO N/A EN PODER DEL SECTOR PRIVADO N/A

6. LA EMPRESA SE ENCUENTRA BAJO LA VIGILANCIA O CONTROL DE:

CONTRALORIA	XX	PERSONERIA	XX	PROCURADURIA	XX
FISCALIA	XX	SUPERINTENDENCIA		EMPRESAS DE REGULACION	

7. CAPITAL SOCIAL DE LA COMPAÑÍA

NUMERO DE ACCIONISTAS N/A
CON DERECHO A VOTO N/A SIN DERECHO A VOTO N/A

A. RELACIONE LOS ACCIONISTAS QUE POSEAN AL MENOS EL 15% DEL CAPITAL SOCIAL DE LA EMPRESA, IDENTIDAD Y PORCENTAJE EN CADA CASO, Y ESPECIFICAR SI ESTÁN REPRESENTADOS EN LA JUNTA DIRECTIVA. DAR DETALLES.

B. COMPAÑÍAS FILIALES DE LA EMPRESA, PORCENTAJE DE PARTICIPACIÓN EN AQUELLAS. PARA SU INFORMACIÓN LES INDICAMOS QUE QUEDARÁN AUTOMÁTICAMENTE INCLUIDAS INCLUÍDAS EN LAS PÓLIZA LAS COMPAÑÍAS FILIALES CUYO PORCENTAJE DE PARTICIPACIÓN SEA SUPERIOR AL 50%, SI FACILITAN BALANCES CONSOLIDADOS.

8. ¿SE HA ADQUIRIDO O VENDIDO FILIALES O SUBSIDIARIAS DURANTE ÚLTIMOS 18 MESES?
SI NO XX EN CASO AFIRMATIVO DAR DETALLES

9. ¿TIENE LA EMPRESA EN EL MOMENTO SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL SERVIDORES PUBLICOS O DIRETORES Y ADMINISTRADORES?
SI XX NO EN CASO AFIRMATIVO ESPECIFIQUE

VIGENCIA: DESDE	Septiembre 19 de 2025 hasta Noviembre 30 de 2026
LIMITE ASEGURADO	$1.500.000.000
COMPAÑÍA DE SEGUROS	ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA E.C.

10. ¿TIENE LA EMPRESA O ALGUNO DE SUS ACTUALES DIRECTIVOS O ALTOS CARGOS ALGÚN OTRO SEGURO AMPARANDO EL RIESGO QUE SE PROPONE?
SI NO XX EN CASO AFIRMATIVO DAR DETALLES

11. ¿HA RECHAZADO O NEGADO ALGÚN ASEGURADOR LA COBERTURA DEL RIESGO A LAS PERSONAS PARA QUIEN ACTUALMENTE SE SOLICITA?
SI NO XX EN CASO AFIRMATIVO DAR DETALLES

12. ¿HA EXISTIDO O EXISTE ALGUNA RECLAMACIÓN, A ALGUNA DE LAS PERSONAS PARA LAS QUE SE PROPONE ESTE SEGURO O ALGUNA EN RELACIÓN CON EL RIESGO SOLICITADO?
SI XX NO EN CASO AFIRMATIVO DAR DETALLES

El detalle histórico de las solicitudes de indemnización formuladas al presente seguro se encuentra detalladas en el archivo de siniestralidad publicado en el aplicativo Secop.

13. TIENE ALGUNA DE LAS PERSONAS PARA LAS QUE SE PROPONE ESTE SEGURO, INCLUYENDO AQUELLAS PERSONAS PROPUESTAS EN EMPRESAS SUBSIDIARIAS O AFILIADAS, SI FUERA APLICABLE, CONOCIMIENTO DE ALGUNA INVESTIGACION INICIADA POR UN ENTE DE CONTROL EN SU CONTRA

SI NO XX EN CASO AFIRMATIVO DAR DETALLES

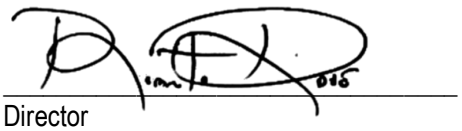
EN CASO AFIRMATIVO DE DETALLES

14. EXISTE ALGUNA CALIFICACIÓN, COMENTARO Y OBSERVACIÓN CONTENIDA EN EL INFORME DE LOS AUDITORES EXTERNOS O ENTIDADES DE CONTROL SOBRE LA COMPAÑIA
SI NO XX EN CASO AFIRMATIVO DAR DETALLES

15. EXISTE ALGUNA RESPONSABILIDAD O ASPECTO EXTRAORDINARIO INDICADO DENTRO DEL INFORME FINANCIERO

SI NO XX EN CASO AFIRMATIVO DAR DETALLES

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



FIRMADO
CARGO Director
NOMBRE ROBERTO RAVE RIOS
FECHA Octubre de 2026

Anexo: Estados Financieros con corte a Diciembre 31 de 2025
Notas a los Estados Financiero