

1. Ha existido o existe alguna reclamación presentada por investigaciones o procesos adelantados por cualquier órgano de control, en relación a sus funciones como servidor público?.

SI ____ NO X

En caso afirmativo, por favor suministrar información sobre:

Ente de control	Fecha de notificación	Breve resumen de las causas de la investigación	Estado de la investigación y/o proceso	Valor reclamado	Valor indemnizado

2. Tiene conocimiento de alguna circunstancia o incidente evidente que pudiera dar lugar a la apertura de investigaciones o reclamación de un tercero?

SI ____ NO X

En caso afirmativo, por favor suministrar información sobre las circunstancias o incidentes:

3. Ha recibido notificación apertura de investigaciones o proceso por cualquier ente de control o entidades de carácter judicial derivadas del ejercicio de las funciones propias de su cargo?

SI ____ NO X

En caso afirmativo, por favor suministrar información sobre las circunstancias o incidentes:

El abajo firmante acepta expresamente que las declaraciones contenidas en este documento, acorde con su conocimiento, son verídicas y el mismo constituirá parte del contrato de seguro que suscribirá **INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE BELLAS ARTES**, por lo tanto en caso de que la aseguradora aplique las disposiciones de “*Declaración del estado del riesgo y sanciones por inexactitud o reticencia*” previstas en el Artículo 1058 del Código de Comercio, que se transcriben a continuación:

De igual forma, el abajo firmante acepta el compromiso de reportar, dentro de los quince (15) días siguientes, cualquier notificación que le sea efectuada por investigaciones de tipo disciplinario, penal, y fiscal, por posibles acciones, omisiones y/o gestiones incorrectas derivadas de las funciones propias del cargo de **(DENOMINACIÓN DEL CARGO ASEGURADO)**; así como aportar la documentación que permita la formalización del reclamo ante la Compañía de Seguros, según lo **señalado en el manual** que forma parte integrante de este documento, dentro de los cuarenta y cinco (45) días siguientes a la fecha de la notificación, declarando expresamente que

en caso de no cumplimiento de estos términos asume la responsabilidad por la pérdida de derechos a la indemnización que por tal motivo aplique la aseguradora.

Nombres y apellidos: MAGNOLIA PERDOMO PULIDO

Documento de identificación: 1080290357

Cargo: PROFESIONAL UNIVERSITARIO - CONTADORA

Firma:

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'M. Pulido', is written over a horizontal line.