

## **CUESTIONARIO DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL Servidores Públicos INSTITUTO COLOMBIANO PARA LA EVALUACIÓN DE LA EDUCACIÓN - ICFES**

Este documento constituye una solicitud de seguro y por lo tanto puede o no ser aceptada por asegurador. Una vez analizada la información proporcionada por la Entidad, el asegurador se reserva el derecho de proponer alternativas de cobertura. Una vez celebrado el contrato de seguro, este formulario se convertirá en parte integral de la póliza. Es fundamental que todas las preguntas sean contestadas correcta y completamente.

- |   |  |
|---|--|
| 1. Nombre de la ENTIDAD   | INSTITUTO COLOMBIANO PARA LA EVALUACIÓN DE LA EDUCACIÓN ICFES  |
| 2. Objeto Social  | El ICFES tendrá por objeto ofrecer el servicio de evaluación de la educación en todos sus niveles y adelantar investigación sobre los factores que inciden en la calidad educativa, con la finalidad de ofrecer información para mejorar la calidad de la educación. De la misma manera el ICFES podrá realizar otras evaluaciones que le sean encargadas por entidades públicas o privadas y derivar de ellas ingresos, conforme a lo establecido en la Ley 635 de 2000. (Ley 1324 de 2009) |
| 3. Tiempo durante el cual se encuentra desarrollando su actual actividad  | Desde 1968   |
| 4. Persona contacto:  | ADRIANA JULET GIL GONZÁLEZ   |
| _____ Sr. _____x Sra.   |  |
| 5. Adjuntar, relación completa de los asegurados donde se establezca el cargo, antigüedad en la Entidad Estatal y sus funciones. (ver página siguiente) |  |
| 6. Sumas aseguradas a cotizar:  |  |

### **VALORES ASEGURADOS**

Propuesta Básica

**Según Slip Técnico Adjunto al pliego de condiciones**

# DELIMA MARSH

---

## 7. Relacione los cargos a reportar

CARGOS CUYOS FUNCIONARIOS SE PRETENDE ASEGURAR	NUMERO DE FUNCIONARIOS
1. Director General	1
2. Secretario General	1
3. Director de Evaluación	1
4. Director de Producción y Operaciones	1
5. Jefe Oficina Asesora Jurídica	1
6. Subdirector de Talento Humano	1
7. Subdirector de Abastecimiento y Servicios Gales	1
8. Subdirector Financiero y Contable	1
9. Tesorero	1
10. Contador	1
11. Funcionario Encargado de Presupuesto	1
12. Funcionario Encargado de Almacén	1
13. Funcionario Encargado de Caja Menor	1
14. Jefe Oficina Asesora de Planeación	1
15. Asesor Oficina de Planeación	1
16. Miembros de Junta Directiva - Delegados	4
17. Presidente Junta Directiva	1

**TOTAL CARGOS REPORTADOS - 17 DIECISIETE.**

---

## 8. Durante los últimos cinco años:

A) Ha cambiado la denominación de la ENTIDAD?

SI ☒ NO ☐ En caso afirmativo, dar detalles: De acuerdo con la ley 1324, artículo 12: **"ARTÍCULO 12.** Transfórmese el Instituto Colombiano de Fomento a la Educación Superior, ICFES, en una Empresa estatal de carácter social del sector Educación Nacional, entidad pública descentralizada del orden nacional, de naturaleza especial, con personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio propio, vinculada al Ministerio de Educación Nacional. El Gobierno podrá modificar el nombre de la entidad, y podrá disponer, sin embargo, que use la denominación "ICFES", para efectos tales como otorgar sellos de calidad o distinguir los exámenes que se realicen bajo su responsabilidad."

b) La estructura del capital social ha sufrido modificaciones?

SI ☐ NO ☒ En caso afirmativo, dar detalles:

---

# DELIMA MARSH

9. Considera actualmente la posibilidad de alguna fusión, adquisición, etc. De otras ENTIDADES?

SI \_\_\_ NO\_x\_\_\_ En caso afirmativo, dar detalles:

10. Se está estudiando o considerando la cotización en bolsa de las acciones de la Entidad?

SI \_\_\_ NO\_x\_\_\_ En caso afirmativo, dar detalles:

11. Es la ENTIDAD

\_\_\_x\_\_\_ Pública

\_\_\_\_\_ Mixta

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

En poder del Estado	
En Poder del sector privado	

12. Sociedades que posean al menos 15% del capital social de la ENTIDAD, identidad y porcentaje en cada caso, y especificar si están representados en el consejo. Dar detalles

NOMBRE DE LA SOCIEDAD	% DE PARTICIPACIÓN	REPRESENTADOS EN JUNTA
N/a		

13. La ENTIDAD se encuentra bajo la vigilancia y Control de:

Contraloría	X
Fiscalía	X
Personería	
Procuraduría	X
Empresas de Regulación	
Otras:	

# DELIMA MARSH

14. Tiene la ENTIDAD en el momento Seguro de Responsabilidad Civil Servidores Públicos o Directores y Administradores? SI ☒ NO ☐

En caso afirmativo especifique:

Vigencia	27 DE ABRIL DE 2011 AL 22/10/2012
Fecha de Retroactividad	10 de octubre 2006
Limite Asegurado	\$3.000.000.000.00 Combinado para gastos de defensa
Compañía de Seguros	QBE

Fecha de Retroactividad – Ilimitada

15. Tiene la ENTIDAD 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:

16. La entidad tienen un ente interno que realiza Investigaciones Disciplinarias Internas?

SI ☒ NO ☐ En caso afirmativo dar detalles: Profesional de Control Interno Disciplinario

17. 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:

**18. Se ha tenido conocimiento durante los últimos cinco años de eventos que puedan dar lugar a la iniciación de una demanda, investigación o proceso contra los funcionarios que se pretende amparar, por parte de un tercero ó de los Organismos de Control o ante Jueces de la República?**

NO.

- 19. Indique si la sociedad 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 en su contra o por una investigación por parte de cualquier entidad y/o organismo de control competente?**

Directora General: Procuraduría. Siniestro en reclamación con QBE.

Subdirector de Talento Humano: Investigación por control interno disciplinario. Se archivó el proceso.

DECLARACIÓN FORMAL

# DELIMA MARSH

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 exacta, y que no se ha omitido voluntariamente, ni siquiera suprimido ningún hecho. También informaré al Asegurador cualquier modificación que ocurra desde este día hasta la fecha de inicio de vigencia de la póliza. 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

Firma *	
Cargo	
Nombre	
Fecha	

\* El Formulario deberá ser firmado por una persona que ostente plenas facultades de representación legal de la Sociedad. Es importante que esta persona tenga un buen conocimiento del ámbito de esta cobertura para que las preguntas sean contestadas correctamente. En caso de duda rogamos contacten a DELIMA MARSH S.A. puesto que la no divulgación de información puede afectar a los derechos del asegurado o puede anular la póliza.

## **LISTADO DE DOCUMENTOS OBLIGATORIOS QUE SE DEBEN ADJUNTAR:**

- Balance General comparativo dos últimos años de ejercicio
- Informe del Revisor Fiscal o entidad que haga sus veces, del último año de ejercicio.
- Organigrama general de la Empresa.

Los aseguradores, están además autorizados para solicitar cualquier otra información que consideren necesaria y en conexión con este seguro.