

FORMULARIO DE PROPUESTA PARA INFIDELIDAD Y RIESGOS FINANCIEROS
CRIME INSURANCE APPLICATION FORM

EL PRESENTE FORMULARIO FORMA PARTE INTEGRANTE DE LA PÓLIZA. POR FAVOR CONTESTE DE FORMA SINCERA, TODAS Y CADA UNA DE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS.

I. INFORMACION DEL ASEGURADO
Particulars of Insured:

A. NOMBRE DEL ASEGURADO : **LOTERÍA DE MEDELLÍN**

B. INDICAR LAS PRINCIPALES ACTIVIDADES DEL ASEGURADO BREVE DESCRIPCION (Insured's Principal Business):

- 1) Organizar, dirigir, administrar, explotar, desarrollar y comercializar loterías, en sorteos ordinarios y extraordinarios, directamente o a través de terceros.
- 2) Organizar, dirigir, administrar, explotar, desarrollar y comercializar el juego de Apuestas permanentes, directamente o a través de terceros.
- 3) Explotar, administrar, desarrollar, comercializar, directamente o en asoció o a través de terceros, todos los juegos de suerte y azar, derivados de monopolios estatales o por fuera de ellos.
- 4) Explotar, administrar, desarrollar y comercializar, directamente o a través de terceros, cualquier producto o actividad que le permita generar mayores recursos para la salud aprovechando las tecnologías de la información.
- 5) Tomar dinero en mutuo con o sin garantía de los bienes de la Beneficencia de Antioquia, girar, endosar, aceptar, adquirir, protestar, cancelar, pagar, recibir cheques, letras de cambio, pagarés o cualquier clase de títulos valores y celebrar contratos en general.
- 6) Recaudar el impuesto de loterías foráneas y los demás que se le hayan encomendado o que se le encomienden de acuerdo con la ley.
- 7) Adquirir, enajenar, gravar a cualquier título, arrendar, hipotecar, permutar, pignorar y en general ejecutar toda clase de transacciones con bienes muebles e inmuebles, cuando se requiera el cumplimiento de su objeto social.
- 8) Celebrar todos los actos, contratos, acuerdos, convenios necesarios para el desarrollo de su objeto social.
- 9) Participar en entidades Nacionales e Internacionales, públicas o privadas y con organismos Internacionales o Nacionales, en la instalación, ampliación y mejoramiento de los sistemas de juegos explotados o explotables y formalizar los acuerdos y convenios comerciales de asistencia para su instalación y explotación.
- 10) Participar en todo tipo de sociedades, que busquen la realización de su objeto social, con la finalidad de aumentar sus ingresos y las transferencias al sector salud.
- 11) Participar en la evaluación y formulación de proyectos, planes y programas del sector de juegos de suerte y azar.

CP

- 12) Liquidar, cobrar, recaudar y transferir al sector salud el producto de su rentabilidad.
- 13) Atender al bienestar y coadyuvar a la formación del personal a su servicio, así como promover la enseñanza en las especialidades de juegos y actividades, explotada o por explotar, en sus aspectos técnicos, operativos, jurídicos y administrativos.

C. FECHA DE FUNDACION (Foundation Date) :
11 de Agosto de 1822

D. DIRECCION PRINCIPAL (Principal Address) :
Cra 47 No 49 12

E. TIPO DE ORGANIZACIÓN (Type of Organisation):

a) Pública	100%	d) Cooperativa	
b) Privada		e) Sociedad sin ánimo de lucro	
c) Mixta		f) Asociación Empresarial / "Joint Venture"	

F. NUMERO TOTAL DE ACCIONISTAS (Total Number Share holders/Equity owners):
N/A

G. ALGUNA DE LAS PERSONAS U ORGANIZACION ES PROPIETARIA DE MAS DEL 10% DE LAS ACCIONES (Does any person or organisation owns more than 10% of the equity) :

SI (yes) NO NO APLICA X

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA FAVOR ENUMERAR NOMBRES Y PORCENTAJES (If so, please list names and percentages):

Nombre de la Sociedad	% De Participación	Representados en Junta (SI/NO)

H. FAVOR ADJUNTAR UNA LISTA DE LAS SOCIEDADES SUBORDINADAS* A SER CUBIERTAS, SU NEGOCIO PRINCIPAL Y PORCENTAJE DE PROPIEDAD DE LA ENTIDAD ASEGURADA. (Please attach a list of all subsidiaries and affiliates to be covered, their principal business activities, ownership by the insured)

Nombre de la Sociedad	Actividad	% de participación	Pais de origen	Fecha de adquisición
N/A				

CP

* Las Sociedades Subordinadas pueden ser: Filiales (control directo de la Entidad) o subsidiarias (Control de la Entidad a través de otras Sociedades)

II. INFORMACION FINANCIERA FINANCIAL INFORMATION

CIFRAS EN \$COL	Actualmente o a la fecha del último reporte interno (Currently or at date of last intem report)	Al final del año pasado (At last year end)	Al final del año inmediatamente anterior al pasado (At previous year end)
Capital Autorizado (Authorized Capital):	\$810.515.316		
Capital Pagado (Paid up Capital)	\$810.515.316		
INGRESOS (Revenue)	\$94.481.986.354		
UTILIDADES O PERDIDAS NETAS (Net Profit or Loss)	\$624.333.620		
PATRIMONIO (Equity)	\$29.043.828.184		
ACTIVOS CORRIENTES TOTALES (Total Current Assets)	\$23.258.798.239		
PASIVOS CORRIENTES TOTALES (Total Current Liabilities)	\$17.090.412.895		
ACTIVOS TOTALES (Total Assets)	\$133.304.555.417		

III. NATURALEZA DEL NEGOCIO Nature of Business

A. PORCENTAJE DE CONTRIBUCION APROXIMADA DEL NEGOCIO PRINCIPAL A LOS INGRESOS. (Principal businesses and approximate percentage contribution to revenues) :

B. EN EL CURSO DEL NEGOCIO EL ASEGURADO. (In the course of its business, does the Insured) :

I. SE INVOLUCRA EN NEGOCIACIÓN DE TÍTULOS VALORES, MERCANCIAS, DIVISAS, ETC. (Engage in trading securities, commodities, currencies, etc.)

SI (yes)		NO	X	NO APLICA	
----------	--	----	---	-----------	--

II. HACE PRESTAMOS O CRÉDITOS EXTENDIDOS? (Make loans or extended credit?)

SI (yes)	X	NO		NO APLICA	
----------	---	----	--	-----------	--

III. EXPIDE RECIBOS DE BODEGA? (Issue warehouse receipts?)

SI (yes)		NO	X	NO APLICA	
----------	--	----	---	-----------	--

IV. TRANSPORTA O ALMACENA VALORES PARA OTROS (Transport or store values for others?)

SI (yes)		NO	X	NO APLICA	
----------	--	----	---	-----------	--

V. SE INVOLUCRA EN LEASING? (*Engage in Leasing?*)

SI (yes)	X	NO		NO APLICA	
----------	---	----	--	-----------	--

SI CUALQUIERA DE LAS ANTERIORES ES POSITIVA FAVOR ADJUNTAR DETALLES SOBRE LAS PARTICULARIDADES/ ALCANCE DE TALES ACTIVIDADES Y LOS CONTROLES QUE SE EJERCEN, ESPECIALMENTE A VENEDORES (INTERNOS) (*If yes to any of above, please attach details of the particularities / extend of such activities and the controls in place, specially To Salesmen (inside)*)

Anexamos listado correspondientes a : RELACION DE PRESTAMOSY LEASING

IV. EMPLEADOS Y OFICINAS Employees and Offices

- A. NUMERO TOTAL DE EMPLEADOS UBICADOS EN COLOMBIA (*Total number of employees located in Colombia*):
(67) SESENTA Y SIETE
- B. NUMERO DE PREDIOS DENTRO DE COLOMBIA (*Number of locations within Colombia*):
LOTE EN NECHI, LOTE EN PINTADA Y VALPARAISO Y LOTE DEL EDIFICIO EN MEDELLÍN.
- C. EMPLEADOS EXTRANJEROS Y PREDIOS (*Foreign Employees and locations*): N/A

CIUDAD Country	No. EMPLEADOS Employees	OFICINA Branch	NATURALEZA DEL NEGOCIO Nature of Business
N/A			
TOTAL			

V. AUDITORES Auditors

- A. REVISORIA FISCAL (*Independent External Audits*):

SON SUS LIBROS AUDITADOS POR UN REVISOR FISCAL? (*Are your books audited by an Independent External Auditor*)

SI (yes)		NO	X	NO APLICA	
----------	--	----	---	-----------	--

SI LO ANTERIOR ES POSITIVO (*If so*):

1. NOMBRE Y DIRECCION DEL REVISOR FISCAL (*Name and address of auditors*):
N/A

2. FRECUENCIA DE LA AUDITORIA (*Frequency of audit*):

ANUAL, REALIZADA POR ENTES DE CONTROL (CONTRALORIA DEPARTAMENTAL) E INTERNAS

3. SON ESTAS AUDITORIAS COMPLETAS Y SIN CONDICIONAMIENTOS? (*Are these audits complete and unconditioned?*)

SI (yes)	X	NO		NO APLICA	
----------	---	----	--	-----------	--

SI LO ANTERIOR ES NEGATIVO, DESCRIBA LAS LIMITACIONES (*If not, describe the limitations*)

NO APLICA	X
-----------	---

4. TODAS LAS LOCALIDADES Y ENTIDADES SON AUDITADAS? (*Are all locations and entities audited?*)

SI (yes)	X	NO		NO APLICA	
----------	---	----	--	-----------	--

SI LO ANTERIOR ES NEGATIVO, DESCRIBA HASTA DONDE VA LA AUDITORIA (*If not, describe the extent of the Audit*):

NO APLICA	X
-----------	---

5. HA CAMBIADO USTED DE REVISORES FISCALES EN LOS ULTIMOS 5 AÑOS? (*Have you changed C.P.A's in the last 5 years?*)

SI (yes)		NO	X	NO APLICA	
----------	--	----	---	-----------	--

SI LO ANTERIOR ES POSITIVO, SEÑALE LOS NOMBRES DE LOS REVISORES FISCALES ANTERIORES Y LA RAZON POR LA QUE FUERON MODIFICADOS (*If so, please furnish name of previous C.P.A and reason for change*):

NO APLICA	X
-----------	---

NOMBRE:

RAZONES:

6. LOS REVISORES FISCALES AUDITAN SU SISTEMA DE CONTROL INTERNO Y EXPIDEN REPORTES ESCRITOS? (*Does the C.P.A. review your systems of internal control and furnish written reports?*):

CP

SI (yes)	X	NO		NO APLICA	
----------	---	----	--	-----------	--

SI (yes)		NO		NO APLICA	
----------	--	----	--	-----------	--

LOS REVISORES FISCALES HAN REALIZADO ALGUNA RECOMENDACION DURANTE LAS DOS ULTIMAS AUDITORIAS QUE NO HAYA SIDO ADOPTADA? (Has the C.P.A. made any recommendations in the last two audits that have not been adopted?):

SI (yes)		NO	X	NO APLICA	
----------	--	----	---	-----------	--

SI LO ANTERIOR ES POSITIVO, SUMINISTRAR DETALLES DE LAS RECOMENDACIONES Y LAS RAZONES POR LAS QUE NO SE ADOPTARON (If so, give details of the commendations and the reasons for not adopting them) :

NO APLICA	X
-----------	---

7. LOS REVISORES FISCALES ENVIAN SU REPORTE DIRECTAMENTE A LA JUNTA DIRECTIVA. (Do independent external Auditors send the report directly to the Board of Directors?)

SI (yes)	X	NO		NO APLICA	
----------	---	----	--	-----------	--

SI LA RESPUESTA ES NEGATIVA, A QUIEN REPORTAN? (If not to whom?)

NO APLICA	X
-----------	---

B. AUDITORIA INTERNA (Internal Audit):

* TIENE USTED UN DEPARTAMENTO DE AUDITORIA INTERNA? (Do you have an internal audit Department?):

SI (yes)	X	NO		NO APLICA	
----------	---	----	--	-----------	--

SI LO ANTERIOR ES POSITIVO ((If so):

1. EL DEPARTAMENTO REPORTA DIRECTAMENTE A LA JUNTA DIRECTIVA?

SI (yes)	X	NO		NO APLICA	
----------	---	----	--	-----------	--

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA A QUIEN REPORTAN? (If not whom?):

JUNTA DIRECTIVA, GERENCIA Y ENTES DE CONTROL

2. CUANTOS EMPLEADOS SON DESIGNADOS PARA AUDITORIA INTERNA? (How many employees are assigned to internal audit?)

DOS (2)

3. TIENE USTED ALGUN MANUAL DE AUDITORIA Y PROCEDIMIENTOS DE CONTROL? (Do you have an audit and control procedure. manual?)

SI (yes)	X	NO		NO APLICA	
----------	---	----	--	-----------	--

4. CADA CUANTO (EN UN AÑO) SE REALIZAN AUDITORIAS INTERNAS COMPLETAS? (How often are complete internal audits carried out during one year?)

UNA VEZ

5. TODAS LAS ÁREAS, INCLUYENDO LAS DEPENDENCIAS DE PROCESAMIENTO ELECTRONICO DE DATOS (EDP) ESTAN INCLUIDAS? (Are all locations including EDP facilities included?)

SI (yes)	X	NO		NO APLICA	
----------	---	----	--	-----------	--

6. SE HACEN REPORTES ESCRITOS? (Are written reports made?)

SI (yes)	X	NO		NO APLICA	
----------	---	----	--	-----------	--

A QUIEN SE ENVIAN? (To whom are they sent?)

NO APLICA	
-----------	--

ENTES DE CONTROL , JUNTA DIRECTIVA Y GERENCIA

7. HAY EMPLEADOS DEL DEPARTAMENTO DE AUDITORIA INTERNA QUE SEAN DESIGNADOS PARA HACER OPERACIONES EXTERNAS? (Are there Internal Audit Department employees assigned to foreign operations?)

SI (yes)		NO	X	NO APLICA	
----------	--	----	---	-----------	--

A COMPAÑIAS SUBORDINADAS? (To subsidiary companies?)

SI (yes)		NO	X	NO APLICA	
----------	--	----	---	-----------	--

SI LO ANTERIOR ES AFIRMATIVO, INDIQUE A QUIÉN DIRIGEN EL REPORTE Y LA RELACION DE LOS EMPLEADOS DEL DEPARTAMENTO DE AUDITORIA CON LA GERENCIA DE LA RESPECTIVA SUBORDINADA (PARTICULARMENTE CON RESPECTO A LA VIGILANCIA DE LA GERENCIA LOCAL Y ASUNTOS RELACIONADOS CON EMPLEADOS) (If so, describe their reporting channels and indicate their relationship to local management (particularly with respect to local management oversight and personnel matters)

CP



VI. CONTROLES
Controls

A. COMPRAS, INVENTARIO Y CONCILIACION DE CUENTAS (Purchasing, inventory and account Reconciliation):

1. MANTIENE USTED UNA LISTA ACTUALIZADA DE PROVEEDORES ES APROBADOS? (Do you maintain a current list of approved vendors?)

SI (yes)	X	NO		NO APLICA	
----------	---	----	--	-----------	--

2. UTILIZA USTED FORMATOS CON NUMEROS PREIMPRESOS (SERIALES) PARA: (Do you use serially pre-numbered purchase requisitions, purchase orders, receiving reports, and check voucher request?)

ÓRDENES DE COMPRA	SI (yes)		NO	X	NO APLICA	
REPORTES DE RECIBIDO	SI (yes)		NO	X	NO APLICA	
SOLICITUD DE CHEQUERAS	SI (yes)		NO	X	NO APLICA	

3. ANTES DE REALIZAR EL PAGO, SON CONCILIADAS LAS ORDENES DE COMPRA, LAS FACTURAS DEL VENDEDOR Y LOS REPORTES DE RECIBIDO? (Prior payment, are purchase orders, vendor invoices and receiving documents reconciled?)

SI (yes)	X	NO		NO APLICA	
----------	---	----	--	-----------	--

ANTES DE REALIZAR EL PAGO, LA INFORMACION DEL VENDEDOR ES COMPARADA CON LA LISTA APROBADA DE PROVEEDOR, POR UNA PERSONA NO ASIGNADA A COMPRAR O RECIBIR? (Prior payment, vendor information checked against the approved vendor list by a person not assigned to purchasing or receiving?)

SI (yes)	X	NO		NO APLICA	
----------	---	----	--	-----------	--

4. TODAS LAS ORDENES SON CONFIRMADAS CON LOS VENDEDORES POR ALGUIEN NO ASIGNADO A COMPRAR O RECIBIR? (Are all orders confirmed with vendors by someone not assigned to purchasing or receiving?)

SI (yes)	X	NO		NO APLICA	
----------	---	----	--	-----------	--

5. MANTIENE USTED UNA DIVISION ESTRICTA DE FUNCIONES CON RESPECTO A COMPRAS, RECIBOS, PAGOS Y CONTABILIDAD? (Do you maintain strict separation of functions with respect to purchasing, receiving, paying and accounting?)

SI (yes)	X	NO		NO APLICA	
----------	---	----	--	-----------	--

EN CASO NEGATIVO, EXPLICAR BREVEMENTE CUÁLES ÁREAS TIENEN ASIGNADAS DICHAS FUNCIONES?

N/A

6. LOS COMPRADORES Y ASISTENTES DE COMPRA ESTAN SUJETOS A ALGUN LIMITE ESPECIFICO DE AUTORIZACION? *(Are buyers and Assistant buyers subject to specific limits of authority?)*

SI (yes)	X	NO		NO APLICA	
----------	---	----	--	-----------	--

7. SE MANTIENE UN INVENTARIO COMPLETO DE MERCANCIAS Y EQUIPO? *(Is a complete inventory made of stock and equipment?)*

SI (yes)	X	NO		NO APLICA	
----------	---	----	--	-----------	--

FAVOR SUMINISTRAR DETALLES (SOBRE QUE, POR QUIEN Y CON QUE FRECUENCIA) *(Please provide details for what? by whom? how frequently?)*

ENTES DE CONTROL, GERENCIA Y JUNTA DIRECTIVA

8. RECONCILIA USTED MENSUALMENTE LOS EXTRACTOS BANCARIOS? *(Do you reconcile monthly bank account statements in a timely manner?)*

SI (yes)	X	NO		NO APLICA	
----------	---	----	--	-----------	--

9. LOS EMPLEADOS QUE CONCILIAN LOS EXTRACTOS BANCARIOS MENSUALMENTE TAMBIÉN: *(Do those employees that reconciled monthly the bank statements also:)*

FIRMAN CHEQUES? <i>sign cheques</i>	SI (yes)		NO	X	NO APLICA	
MANEJAN DEPOSITOS? <i>(Handle deposits?)</i>	SI (yes)		NO	X	NO APLICA	
TIENEN ACCESO A MAQUINAS FIRMADORAS DE CHEQUES? <i>(Have access to check signing machines?)</i>	SI (yes)		NO	X	NO APLICA	
TIENEN ACCESO A TERMINALES O PROTOCOLOS DE TRANSFERENCIA ELECTRONICA DE FONDOS? <i>(Have access to electronic funds transfer terminals or protocols?)</i>	SI (yes)		NO	X	NO APLICA	

GP

SI SE RESPONDE POSITIVAMENTE A CUALQUIERA DE LAS ANTERIORES PREGUNTAS, ESTA USTED DISPUESTO A RECTIFICAR ESTAS DEBILIDADES? (If yes to any of the above, are you willing to rectify these weaknesses?)

SI (yes)	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	NO APLICA	<input type="checkbox"/>
----------	--------------------------	----	--------------------------	-----------	--------------------------

O TIENE USTED OTROS CONTROLES CON EL FIN DE PREVENIR PERDIDAS QUE SURJAN DE TALES DEBILIDADES? Or do you have other controls in place to prevent losses arising from these weaknesses?

SI (yes)	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	NO APLICA	<input type="checkbox"/>
----------	--------------------------	----	--------------------------	-----------	--------------------------

SI LO ANTERIOR ES POSITIVO, DESCRIBIRLOS (If so, please describe them):

B. PROCESAMIENTO ELECTRONICO DE DATOS (P.E.D.) Y TRANSFERENCIAS EN LINEA (E.D.P. and wire Transfers)

1. FAVOR ADJUNTAR UNA LISTA DE SUS FACILIDADES DE P.E.D. INCLUYENDO NUMERO Y UBICACION DE INSTALACIONES, TIPOS DE EQUIPO, NUMERO DE EMPLEADOS POR CATEGORIA DE FUNCIONES, NUMERO DE TERMINALES EN LINEA Y DE HARDWARE Y PORCENTAJE DE LA ACTIVIDAD DEL TERMINAL AL QUE SE LLAMA/MARCA (Please attach a description of your EDP facilities, including number and locations of installations, types of equipment, numbers of employees by Job category, number of on the line and hardware terminal and percentage of terminal activity which is dial in).
2. EL MONITOREO Y LA SUPERVISION DE LOS EMPLEADOS INVOLUCRADOS EN EL PROCESAMIENTO ELECTRONICO DE DATOS Y/O LA TRANSFERENCIA DE FONDOS EN LINEA ES SIMILAR A LA DE OTROS EMPLEADOS QUE TENGAN ACCESO A PROPIEDAD DE VALOR? (Is the screening and supervision of employees involved in Electronic Data Processing and / or the wire transfer of funds similar to that of other employees with control over or access to valuable property?)

SI (yes)	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	NO APLICA	<input type="checkbox"/>
----------	--------------------------	----	--------------------------	-----------	--------------------------

EXPLICAR (Explain):

CP

3. LOS FUNCIONARIOS PROGRAMADORES DE COMPUTADORES SE ROTAN PERIODICAMENTE PARA MINIMIZAR EL RIESGO? (Are computer programmers and operators rotated periodically to minimise Risk?)

SI (yes)	X	NO		NO APLICA	
----------	---	----	--	-----------	--

4. LAS FUNCIONES DE PROGRAMACION Y PROCESAMIENTO ELECTRÓNICO DE DATOS ESTAN SEPARADAS OPERACIONALMENTE Y FISICAMENTE? (Are programming and processing functions operationally and physically separated?)

SI (yes)	X	NO		NO APLICA	
----------	---	----	--	-----------	--

5. EL ACCESO A LAS INSTALACIONES DE PROCESAMIENTO ELECTRÓNICO DE DATOS ESTA LIMITADA A PERSONAL AUTORIZADO? (Is access to E.D.P. facilities limited to authorised personnel?)

SI (yes)	X	NO		NO APLICA	
----------	---	----	--	-----------	--

6. POSEE USTED UN REGISTRO AUTOMÁTICO DE USUARIOS Y UN MANUAL DE USO DEL REGISTRO? (Do you have and automatic user log and a manual utilisation log? Use?)

SI (yes)	X	NO		NO APLICA	
----------	---	----	--	-----------	--

7. AL MENOS DOS EMPLEADOS ESTAN TRABAJANDO DURANTE CUALQUIER TURNO DEL PROCESAMIENTO ELECTRÓNICO DE DATOS? (Are at least two employees on duty during any E.D.P. shift?)

SI (yes)	X	NO		NO APLICA	
----------	---	----	--	-----------	--

8. LAS OPERACIONES COMPUTARIZADAS DE ESCRITURA DE CHEQUES ESTAN SEPARADAS DE LOS DEPARTAMENTOS QUE AUTORIZAN CHEQUES? (Are computerised cheques writing operations segregated from departments that authorise cheques?)

SI (yes)		NO		NO APLICA	X
----------	--	----	--	-----------	---

9. LAS CLAVES SON UTILIZADAS PARA PERMITIR DIFERENTES NIVELES DE ACCESO AL SISTEMA DE COMPUTACIÓN? (Are passwords used to afford various levels of access to the computer system?)

SI (yes)	X	NO		NO APLICA	
----------	---	----	--	-----------	--

Y LAS CLAVES SON CAMBIADAS CUANDO UN EMPLEADO QUE LAS POSEE ABANDONA LA COMPAÑÍA? (And are passwords changed when an employee that posses them leaves the Company?)

SI (yes)	X	NO		NO APLICA	
----------	---	----	--	-----------	--

10. TIENE USTED UN PROGRAMA DE AUDITORIA DE PROCESAMIENTO ELECTRÓNICO DE DATOS EN OPERACION? (Do you have a continuous E.D.P. audit program in operation?)

SI (yes)	X	NO		NO APLICA	
----------	---	----	--	-----------	--

EN CASO NEGATIVO, DESCRIBA EL AMBITO DE LA AUDITORIA ACTUAL (If not, please describe the scope of the current audit):

--

CP

[Empty box for response]

11. SU DEPARTAMENTO DE AUDITORIA INTERNA TIENE ENTRENAMIENTO Y EXPERIENCIA EN AUDITORIA DE P.E.D.? (Does your internal audit department have E.D.P. audit training and experience?)

SI (yes)	X	NO		NO APLICA	
----------	---	----	--	-----------	--

DESCRIBALA (Describe)

[Empty box for description]

C. TRANSFERENCIAS ELECTRÓNICA DE FONDOS.

1. CON RESPECTO A TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA DE FONDOS: (With respect to Electronic Funds Transfers):

- a. CUAL ES SU VOLUMEN APROXIMADO DE TRANSFERENCIAS MENSUALES? (What is your approximate volume of such transfers?)

80

- b. CUAL ES SU VOLUMEN MAXIMO APROXIMADO DE TRANSFERENCIAS ANUALES? (What is your maximum approximate volume of such transfers?):

960

- c. CUAL ES LA CANTIDAD MAXIMA INDIVIDUAL TRANSFERIDA AL AÑO? (What is the largest single amount transferred?):

12

2. MANTIENE USTED UN MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ACTUALIZADO QUE CUBRA LAS TRANSFERENCIAS DE FONDOS EN LINEA? (Do you maintain a current procedures manual covering Wire Funds Transfers?)

SI (yes)	X	NO		NO APLICA	
----------	---	----	--	-----------	--

3. QUIEN ESTA AUTORIZADO PARA TRANSFERIR FONDOS EN LINEA, Y CUALES SON LOS LIMITES DE SU AUTORIDAD? (Who is authorised to transfer funds by wire, and what are the limits of their authority?)

Ente que autoriza,
Contabilidad elabora las debidas causaciones
Subgerente Financiero aprueba
Tesorero elabora el traslado de acuerdo a la disponibilidad en el Banco.

4. REALIZA UN PROCEDIMIENTO DE DEVOLUCION DE LLAMADA A UNA PERSONA DIFERENTE DE LA QUE INICIO LA TRANSFERENCIA? (Do you use employ call back procedure to a person other than the one that began the transfer?)

SI (yes)	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	NO APLICA	<input type="checkbox"/>
----------	--------------------------	----	--------------------------	-----------	--------------------------

5. COMO TRASMITE USTED LAS INSTRUCCIONES DE TRANSFERENCIA (TELEFONO, TERMINALES DEDICADAS, TELEX, ETC.) (How do you transmit transfer instructions (telephone, dedicated terminals, telex, etc.)
Terminales dedicadas

NO APLICA	<input type="checkbox"/>
-----------	--------------------------

6. MANTIENE USTED CUENTAS CON SALDO CERO? (Do you maintain zero balance accounts?)

SI (yes)	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>	NO APLICA	<input type="checkbox"/>
----------	--------------------------	----	-------------------------------------	-----------	--------------------------

SI LO ANTERIOR ES POSITIVO, CUAL ES SU PROCEDIMIENTO PARA CONSTITUIR ESTAS CUENTAS Y PARA CAMBIAR LAS INSTRUCCIONES AL BANCO? (If so, what is your procedure for setting up these accounts and for changing instructions to the bank)

7. RECIBE USTED COPIAS DE CONFIRMACION DE TODAS LAS TRANSACCIONES EN LINEA Y SON ESTAS ENVIADAS DIRECTAMENTE A UN DEPARTAMENTO NO AUTORIZADO PARA INICIAR TRANSFERENCIAS? (Do you receive confirmation copies of all wire transfers? and are they sent directly to a department not authorised to initiate transfers?)

SI (yes)	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	NO APLICA	<input type="checkbox"/>
----------	-------------------------------------	----	--------------------------	-----------	--------------------------

D. GENERAL (General):

1. TIENE USTED UN MANUAL DE OPERACIONES O INSTRUCCIONES SIMILARES ESCRITAS QUE CUBRAN TODOS LOS ASPECTOS DE SUS NEGOCIOS? (Do you have a current Operating manual or similar written instruction covering all aspects of your business?)

SI (yes)	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	NO APLICA	<input type="checkbox"/>
----------	-------------------------------------	----	--------------------------	-----------	--------------------------

Y TODOS LOS EMPLEADOS CONOCEN SU CONTENIDO EN LO QUE A ELLOS RESPECTA? (And are all employees aware of its contents as it pertains to them?)

SI (yes)	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	NO APLICA	<input type="checkbox"/>
----------	-------------------------------------	----	--------------------------	-----------	--------------------------

CP

2. MANTIENE USTED UN SISTEMA DE CUSTODIA CONJUNTA Y CONTROL DUAL CON RESPECTO A EFECTIVO, CHEQUES, TITULOS VALORES NEGOCIABLES, LLAVES DE LAS CAJAS FUERTES Y CAJILLAS DE SEGURIDAD, CODIGOS, LLAVES DE PRUEBAS, CHEQUES EN BLANCO, GIROS Y VALORES SIMILARES O PROPIEDAD QUE POTENCIALMENTE SEA DE VALOR? *(Do you maintain a system of Joint custody and dual control whit respect to cash, checks, negotiable securities, keys to cafes and safe deposit boxes, codes, test keys, blank cheques, drafts and similar values or potentially valuable property?)*

EFECTIVO	SI (yes)		NO	NO APLICA	
CHEQUES	SI (yes)		NO	NO APLICA	
TÍTULOS VALORES NEGOCIABLES	SI (yes)		NO	NO APLICA	
LLAVES DE CAJAS FUERTES	SI (yes)		NO	NO APLICA	
CAJILLAS DE SEGURIDAD	SI (yes)		NO	NO APLICA	
CÓDIGOS	SI (yes)		NO	NO APLICA	
LLAVES DE PRUEBAS	SI (yes)		NO	NO APLICA	
CHEQUES EN BLANCO, GIROS Y VALORES SIMILARES	SI (yes)		NO	NO APLICA	
BIENES QUE PONTENCIALMENTE SEAN DE VALOR	SI (yes)		NO	NO APLICA	

3. REQUIERE USTED DOBLE FIRMA EN TODOS LOS CHEQUES? *(Do you require double signature on all checks?)*

SI (yes)	X	NO		NO APLICA	
----------	---	----	--	-----------	--

SI LO ANTERIOR ES NEGATIVO EXPLIQUE LOS CONTROLES UTILIZADOS PARA PREVENIR EL ABUSO. *(If not, explain control. in place to prevent abuse).*

4. REQUIERE USTED QUE TODOS LOS EMPLEADOS TOMEN AL MENOS DOS SEMANAS CONSECUTIVAS DE VACACIONES ININTERRUMPIDAS DURANTE CADA AÑO? *(Do you require all employees to take at least two consecutive weeks of uninterrupted vacation during each year?)*

SI (yes)	X	NO		NO APLICA	
----------	---	----	--	-----------	--

SI NO, DAR DETALLES *(If not, list persons permitted individual entry).*

CP

--

5. COMO SELECCIONA USTED EMPLEADOS POTENCIALES (CHEQUEOS DE CREDITO, POLICIA O DAS, PREVIOS EMPLEADORES, APLICACIONES INDIVIDUALES, ETC) SI SUS PROCEDIMIENTOS DIFIEREN PARA LAS DISTINTAS CATEGORIAS DE EMPLEADO FAVOR SUMINISTRAR POR ANEXO DETALLES DE CADA UNO. *(How do you screen potential employees? (Credit cheques, police o FBI, polygraph previous employees, individual applications, etc.) If you procedures differ for different categories of employee, please give full details for each.)*

Se cuenta con un procedimiento para la selección del personal, así mismo se realizan consultas externas con el fin de verificar los antecedentes nacionales e internacionales.
--

VII. PREDIOS Y TRANSITO
Premises and Transit

- A. TIENE NOMINA EN EFECTIVO? (Do you have cash payrolls?)

SI (yes)	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>	NO APLICA	<input type="checkbox"/>
----------	--------------------------	----	-------------------------------------	-----------	--------------------------

SI LO ANTERIOR ES POSITIVO, SUMINISTRAR DETALLES COMPLETOS EN HOJA SEPARADA, INCLUYENDO UBICACIÓN, CANTIDADES MAXIMAS, NUMERO DE GUARDIAS TIPOS Y CLASES DE CAJAS DE SEGURIDAD, SISTEMAS DE ALARMA, USO DE CARROS BLINDADOS Y PERIODOS DE EXPOSICION. *(If so, please give full details on a separate sheet, including locations, maximum amounts, number of guards, types and ratings of safes and alarm systems, use of armoured vehicles, and periods of exposure.*

- B. TIENE USTED METALES PRECIOSOS, PIEDRAS O MATERIALES SIMILARES DE ALTO VALOR? (Do you have precious metals or stones or similar high value materials?)

SI (yes)	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>	NO APLICA	<input type="checkbox"/>
----------	--------------------------	----	-------------------------------------	-----------	--------------------------

SI LO ANTERIOR ES POSITIVO FAVOR SUMINISTRAR DETALLES COMPLETOS EN HOJA SEPARADA DE LA UBICACIÓN, CANTIDADES, TIPO DE MATERIALES, SU TIPO Y CLASE DE CAJAS DE SEGURIDAD Y ALARMAS, NUMERO DE GUARDIAS, USO DE CARROS BLINDADOS PARA TRANSPORTAR Y CUALQUIER OTRA MEDIDA DE SEGURIDAD QUE SE TOMA. *(If so, please give full details on a separate sheet as to locations, amounts, types of material and, types and rating of safes and alarms, number of guards, use of armoured vehicles to transport and other security measure taken.)*

CP

TIPO	UBICACIÓN	CANTIDAD	SEGURIDAD (Cajas, Alarmas, Guardias)	TRANSPORTE (Carros blindados)	OTRAS MEDIDAS

C. INDIQUE CUAL ES LA MAXIMA CANTIDAD DE EFECTIVO, TITULOS VALORES NEGOCIABLES Y/O CHEQUES QUE (VER 1 Y 2): (Indicate maximum accumulated amount in cash, negotiable securities and/or cheques that:)

1. MANTIENE EN PREDIOS (you have in any Location?)

Col \$	Valores al portador o negociables (Bearer of Negotiable Securities)	Efectivo, (Cash)	lingotes, piedras preciosas y valores similares (bullion, precious stones and similar interest)
Oficina principal (Head Office)	\$ N/A	\$ N/A	\$ N/A
Otros Locales (Other Locations)	\$ N/A	\$ N/A	\$ N/A

2. TRANSPORTA A, O DESDE CUALQUIER PREDIO (while it is in transit to or from any location?)

Col \$	Por vehículo blindado (By Armoured Motor Vehicle)		Por Mensajero(s) (By Messenger(s))	
	Efectivo (Cash)	Títulos y acciones (Securities)	Efectivo (Cash)	Títulos y acciones (Securities)
Oficina principal (Head Office)	\$ N/A	\$ N/A	\$ N/A	\$ N/A
Otros Locales (Other Locations)	\$ N/A	\$ N/A	\$ N/A	\$ N/A

D. SEGURIDAD FÍSICA

EN EL EVENTO DE QUE EL ESPACIO RESULTE INSUFICIENTE, FAVOR SUMINISTRAR LA SIGUIENTE INFORMACION EN HOJA SEPARADA (where exists please supply the following information on a separate sheet):

1. TIENE CAJAS DE SEGURIDAD?

SI (yes)	X	NO	NO APLICA
----------	---	----	-----------

SI EXISTEN, INDICAR TIPO Y CALIFICACIÓN DE SEGURIDAD, MAS DE TALLES SOBRE TIPOS Y NÚMERO DE CERRADURA? Types and ratings of safes, plus details as types and number of locks)

	Cantidad	Seguridad (Tipo/Calificación)	Cerradura (Número/Tipo)
Oficina principal (Head Office)	1	CAJA FUERTE BLINDADA	CLAVE DE GIRO
Otros Locales (Other Locations)			

2. TIENE SISTEMAS DE ALARMA?

SI (yes)		NO		NO APLICA	
----------	--	----	--	-----------	--

SI EXISTEN, INDICAR TIPO Y CALIFICACIÓN DE CUALQUIER ALARMA? *Types and ratings of safes, plus details as types and number of locks*

3. TIENE VIGILANCIA EN PREDIOS?

SI (yes)	X	NO	X	NO APLICA	
----------	---	----	---	-----------	--

SI SE TIENE, INDICAR NUMERO DE CELADORES LABORANDO EN LOS PREDIOS
(Number of watchmen on duty at the Promises
DOS TURNOS CON DOS VIGILANTES

4. TIENE VIGILANCIA EN TRÁNSITO?

SI (yes)		NO		NO APLICA	X
----------	--	----	--	-----------	---

SI SE TIENE, INDICAR EL NUMERO DE MENSAJEROS Y GUARDIAS QUE ACOMPAÑARAN LA PROPIEDAD EN TRANSITO. *(Number of Messengers and guards accompanying property in transit)*

5. UTILIZA CARROS BLINDADOS?

SI (yes)		NO	X	NO APLICA	
----------	--	----	---	-----------	--

SI SE UTILIZAN, INDICAR CON QUÉ FRECUENCIA? *(Use of armoured vehicles service frequency)?*

6. CUALQUIER OTRA INFORMACION SOBRE LA SEGURIDAD FISICA APLICABLE A SU NEGOCIO O A SUS EXPOSICIONES *(Any other physical security information applicable to your business our exposur?*

TARJETAS DE ACCESO CON RESTRICCION DE USUARIOS

VIII. INFORMACIÓN DE PÉRDIDAS
Loss Information

GP

1. INDICAR BREVEMENTE A CONTINUACIÓN (O EN HOJA SEPARADA SI ES NECESARIO), CUALQUIER PÉRDIDA/S QUE HAYAN SUFRIDO (INDEMNIZADAS O NO), ANTES DE LA APLICACIÓN DE CUALQUIER DEDUCIBLE DURANTE LOS ÚLTIMOS CINCO AÑOS (Please give in the space provided below, brief details, of any loss or losses you have sustained (whether insured or uninsured), before the application of any deductible, with was sustained during the past FIVE YEARS):

Fecha de ocurrencia (Date of loss)	Fecha de descubrimiento (Date of discovered)	Ciudad y oficina (Country and Office)	Causa (Nature of loss)	Monto bruto (Amount of loss)	Hubo detención o despido de empleados

2. A MENOS QUE LA INFORMACION ANTERIOR HAYA SIDO SUMINISTRADA ANTES, FAVOR DESCRIBA LAS MEDIDAS CORRECTIVAS TOMADAS PARA EVITAR LA REOCURRENCIA. (Unless the information has been provided above, please describe corrective measures taken to avoid reoccurrence)

3. EN LOS ULTIMOS CINCO AÑOS, EL ASEGURADO Y/O CUALQUIERA DE SUS DIRECTORES O ADMINISTRADORES SE HA VISTO INVOLUCRADO EN CUALQUIER ACCION CIVIL, PENAL O ADMINISTRATIVA CON RESPECTO A VIOLACION DE CUALQUIER LEY O REGULACION O LA OMISION DE UN ACTO FRAUDULENTO O DESHONESTO? (Within the last 5 years, has the insured and or any of its directors and Officers been involved in any civil or criminal action or administrative proceeding in respect of a violation of any law or regulation or the commission of a fraudulent or dishonest act?)

SI (yes)	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>	NO APLICA	<input type="checkbox"/>
----------	--------------------------	----	-------------------------------------	-----------	--------------------------

SI LO ANTERIOR ES POSITIVO FAVOR SUMINISTRAR DETALLES COMPLETOS (If so, please attach full details.)

CP

4. SEGÚN EL MEJOR SABER Y ENTENDER DEL ASEGURADO, ALGÚN DIRECTOR O EMPLEADO ACTUAL SUYO, ALGUNA VEZ HA COMETIDO O ESTADO IMPLICADO EN LA REALIZACIÓN DE UN ACTO FRAUDULENTO O DESHONESTO (*To the best of the Insured's knowledge has any current officer, director or employee of the Insured ever committed or been implicated in the comisión of fraudulent or dishonest act?*)

SI (yes)	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>	NO APLICA	<input type="checkbox"/>
----------	--------------------------	----	-------------------------------------	-----------	--------------------------

SI LO ANTERIOR ES POSITIVO, FAVOR DAR DETALLES. (*If so, please attach details.*)

5. SEGÚN EL MEJOR SABER Y ENTENDER DEL ASEGURADO, ÉSTE O ALGÚN DIRECTOR, EMPLEADO, O SOCIO CONOCE DE ALGÚN ACTO, OMISIÓN, EVENTO O CIRCUNSTANCIA QUE PUEDA DAR LUGAR A UN RECLAMO BAJO EL SEGURO PROPUESTO? (*Does the Proposer, after full enquiry, or any of its directors, officers, partners or trustees have any knowledge, of any act, omission, fact, event or circumstance which might give rise to a loss under this proposed insurance?*)

SI (yes)	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>	NO APLICA	<input type="checkbox"/>
----------	--------------------------	----	-------------------------------------	-----------	--------------------------

SI LO ANTERIOR ES POSITIVO, FAVOR DAR DETALLES. (*If so, please attach details.*)

IX. DETALLE DE COBERTURA
Particulars of Coverage

- A. TIENE USTED UN SEGURO SIMILAR AL QUE ESTA APLICANDO? (*Do you have any similar insurance to the one you are applying for?*)

SI (yes)	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>	NO APLICA	<input type="checkbox"/>
----------	--------------------------	----	-------------------------------------	-----------	--------------------------

EN CASO AFRIMATIVO, SUMINISTRAR LOS SIGUIENTES DETALLES (*If so, please provide the following details:*)

1. NOMBRE DEL ASEGURADOR (*Name of Insurer:*)

Gp

2. CLAUSULADO DE LA POLIZA ACTUAL (Current policy wording): SEÑALAR CON (X)

Infidelidad y Riesgos Financieros: DHP-84 KFA-81 OTRO
 Crimen por Computador: LSW-982 OTRO

3. LIMITES Y DEDUCIBLES (Limits carried):

	LÍMITES	DEDUCIBLES
Infidelidad y Riesgos Financieros:	\$	\$
Crimen por Computador:	\$	\$

B. SE LE HA CANCELADO O NEGADO EN LOS ULTIMOS 5 AÑOS ALGUN SEGURO DE COBERTURA SIMILAR? (Has any similar insurance coverage for the insured been cancelled or declined in the last 5 years?)

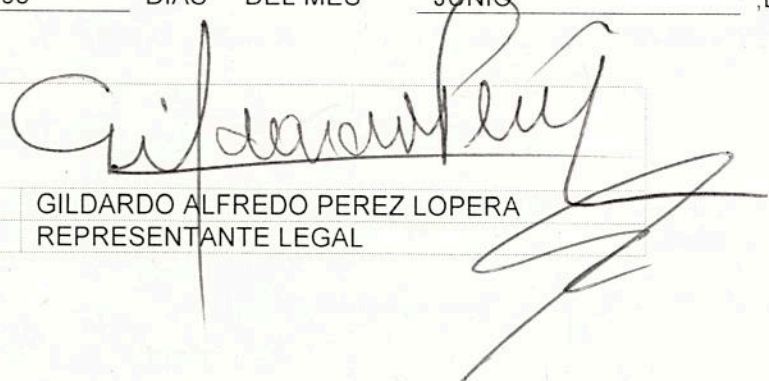
SI (yes) NO NO APLICA

SI ES AFIRMATIVO SUMINISTRE DETALLES COMPLETOS (If so, give full details):

X. DECLARACIÓN FNAL
Declaration

DECLARAMOS QUE LAS AFIRMACIONES Y DETALLES SUMINISTRADOS EN ESTE CUESTIONARIO SON CIERTOS Y QUE SEGÚN NUESTRO MEJOR SABER Y ENTENDER NO HEMOS OMITIDO NINGUN HECHO MATERIAL. ACORDAMOS QUE ESTE CUESTIONARIO JUNTO CON CUALQUIER OTRA INFORMACION SUMINISTRADA POR NOSOTROS, SERA LA BASE DEL CONTRATO DE SEGURO QUE SE PRETENDE CELEBRAR Y SERA INCORPORADO EN EL MISMO. NOS OBLIGAMOS A INFORMAR A LOS ASEGURADORES DE CUALQUIER ALTERACION MATERIAL A ESTOS HECHOS YA SEA QUE HAYAN OCURRIDO ANTES O DESPUES DE HABER COMPLETADO EL CONTRATO DE SEGURO. SIN EMBARGO, EL HABER FIRMADO ESTA PROPUESTA NO NOS OBLIGA A TOMAR EL SEGURO. (We declare that the statements and particulars in this application are To the best of our knowledge and belief correct and that we have not knowingly misstated or suppressed any material facts. We agree that this application together with any other information supplied by us shall form the basis of any contract of insurance effected thereon and shall be incorporated therein. We undertake to inform insurers of any material alteration to these facts whether occurring before or after completion of the contract of insurance. However, signing this application form does not bind the applicant to complete this insurance)

EN FE DE LO CUAL SE FIRMA EN LA CIUDAD DE MEDELLIN
 A LOS 05 DÍAS DEL MES JUNIO, DEL AÑO 2018


 Nombre: GILDARDO ALFREDO PEREZ LOPERA
 Cargo: REPRESENTANTE LEGAL