



NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
4352285474

PÓLIZA No: 435-47-994000062467 ANEXO: 1

AGENCIA EXPEDIDORA: POPAYAN DELEGADA	COD AGENCIA: 435 RAMO: 47
TIPO DE MOVIMIENTO: MODIFICACION	TIPO DE IMPRESIÓN: REIMPRESION
DIA: 22 MES: 12 AÑO: 2025	DIA: 22 MES: 12 AÑO: 2025
FECHA DE EXPEDICIÓN FECHA DE IMPRESIÓN	

DATOS DEL AFIANZADO

NOMBRE: **CUERPO DE BOMBEROS VOLUNTARIOS DE SANTANDER** IDENTIFICACIÓN: NIT **800.254.752-2**

DIRECCIÓN: **CARRERA 13 CON CALLE 5TA Y 6TA** CIUDAD: **SANTANDER DE QUILICHAO, CAUCA** TELÉFONO: **3173314321**

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **SENA REGIONAL CAUCA Grupo Administrativo Intercentros CTPI** IDENTIFICACIÓN: NIT **899.999.034-1**

BENEFICIARIO: **SENA REGIONAL CAUCA Grupo Administrativo Intercentros CTPI** IDENTIFICACIÓN: NIT **899.999.034-1**

AMPAROS

GIRO DE NEGOCIO: **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS.**

DESCRIPCION AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEGURADA
CONTRATO			
CUMPLIMIENTO CALIDAD DEL SERVICIO	12/12/2025	30/06/2026	150,000.00
POLIZA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS.:	12/12/2025	30/06/2026	150,000.00

BENEFICIARIOS
NIT 899999034 - **SENA REGIONAL CAUCA Grupo Administrativo Intercentros CTPI, .**

POLIZA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS.:

OBJETO DE LA GARANTIA

SE EXPIDE EL PRESENTE ANEXO PARA HACER CONSTAR QUE SE ACTUALIZAN LOS VALORES ASEGURADOS. LOS TERMINOS Y CONDICIONES NO MODIFICADOS CONTINUAN VIGENTES.

EL OBJETO DE LA PRESENTE POLIZA ES GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES A CARGO DEL CONTRATISTA DERIVADAS DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS NO. CO1.PCCNTR.8700495, DE FECHA 12 DE DICIEMBRE DE 2025 CELEBRADO ENTRE LAS PARTES, RELACIONADO CON PRESTAR EL SERVICIO PARA LA REALIZACION DE VISITA DE INSPECCION PARA CERTIFICACION DE SEGURIDAD HUMANA EN LAS INTALACIONES DEL CENTRO DE TELEINFORMATICA Y PRODUCCION INDUSTRIAL, SUBSEDE LA SAMARIA SENa REGIONAL CAUCA EXPEDIDO POR EL ORGANO COMPETENTE.




VALOR ASEGURADO TOTAL:	VALOR PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA:	TOTAL A PAGAR:
\$ *****120,000.00	\$ *****	\$*****0.00	\$ *****	\$ *****

NOMBRE INTERMEDIARIO	CLAVE	%PART	NOMBRE COMPAÑIA COASEGURO CEDIDO	%PART	VALOR ASEGURADO
WILFRAN PRIETO SEGUROS LTDA	10984	100.00			

DECLARACION Y AUTORIZACION: DECLARO CONOCER Y ESTAR INFORMADO QUE LOS CANALES QUE A CONTINUACION SE RELACIONAN, CUYOS DATOS VERACES Y FIDELIGOS HE BUNISTRADO VOLUNTARIAMENTE EN EL PRESENTE DOCUMENTO, PUEDEN SER UTILIZADOS POR LA ASEGURADORA PARA REALIZAR GESTIONES DE COBRANZA, ASI COMO PARA EL ENVIO DE MENSAJES PUBLICITARIOS A TRAVES DE MENSAJES CORTOS DE TEXTO (SMS), MENSAJERIA POR APLICACIONES WEB, CORREOS ELECTRONICOS Y LLAMADAS TELEFONICAS DE CARACTER COMERCIAL O PUBLICITARIO, TODO DENTRO DEL MARCO LEGAL APLICABLE. DE ESTA MANERA, AUTORIZO EXPRESAMENTE PARA SER CONTACTADO POR LA ASEGURADORA Y/O SUS GESTORES COMERCIALES, DE COBRANZA E INTERMEDIARIOS, PARA LOS FINES MENCIONADOS EN LA PRESENTE DECLARACION, MEDIANTE LOS CANALES DE: PRESENCIAL, LLAMADAS, CORREO ELECTRONICO Y EN ALGUNOS CASOS MENSAJES DE TEXTO Y WHATSAPP POR MEDIO DE GESTION AUTOMATICA. EN CASO QUE DESEE CAMBIAR EL CANAL DE CONTACTO O TENER UN CANAL EXCLUSIVO PARA LA GESTION DE COBRANZA, POR FAVOR INFORMAR AL CORREO ELECTRONICO: GESTIONDECARTERA@SOLIDARIA.COM.CO, PARA FINES COMERCIALES POR FAVOR INFORMAR AL CORREO GESTIONCOMERCIAL@SOLIDARIA.COM.CO Y PARA MODIFICAR O ACTUALIZAR SUS DATOS DE CONTACTO POR FAVOR INGRESAR A: https://www.solidaria.com.co/ve_digitalcentro@sighe

MEDIANTE LA SOLICITUD Y CONTRATACION DEL CONTRATO DE SEGURO, USTED EN CALIDAD DE TITULAR(ES) DE LA INFORMACION, DE MANERA LIBRE, EXPRESA, VOLUNTARIA E INFORMADA, AUTORIZA A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA O A LA PERSONA NATURAL O JURIDICA A QUE EN ESTE ENCARGUE, A RECOLECTAR, ALMACENAR, UTILIZAR, CIRCULAR, SUPRIMIR Y EN GENERAL, A REALIZAR CUALQUIER OTRO TRATAMIENTO A LOS DATOS PERSONALES POR USTED BUNISTRADOS, PARA TODOS AQUELLOS ASPECTOS INHERENTES A LAS ACTIVIDADES COMERCIALES Y PROMOCIONALES, Y CUALQUIER OTRO RELACIONADO CON EL DESARROLLO DEL OBJETO SOCIAL PRINCIPAL DEL REFERIDA SOCIEDAD, LO QUE IMPLICA EL USO DE LOS DATOS EN ACTIVIDADES DE MERCADO, PROMOCION Y DE SER EL CASO, CUANDO LA ACTIVIDAD COMERCIAL LO REQUIERA, LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISION DE LOS MISMOS A UN TERCERO (INCLUYENDO TERCEROS PAISES), BAJO LOS PARAMETROS DE LA LEY 1581 DE 2012, DECRETO 1074 DE 2015 Y DEMAS NORMATIVAS VIGENTES QUE REGULAN LA MATERIA. EN TODO CASO, ASEGURADORA SOLIDARIA GARANTIZA LAS CONDICIONES DE SEGURIDAD, PRIVACIDAD Y DEMAS PRINCIPIOS QUE IMPLIQUEN EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES ACORDE CON LA LEGISLACION APLICABLE. ESTA AUTORIZACION SE MANTENDRA POR EL TIEMPO DE DURACION DEL VINCULO O LA PRESTACION DEL SERVICIO Y POR EL TIEMPO DE DURACION DE LA SOCIEDAD RESPONSABLE, CONFORME LO ESTABLECIDO EN SUS MANUALES Y POLITICAS. IGUALMENTE DECLARO QUE HE CONOCIDO LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DISPONIBLE EN: [HTTPS://ASEGURADORASOLIDARIA.COM.CO/ENLACES-DE-INTERES/POLITICA-DE-PRIVACIDAD.ASPX](https://aseguradorasolidaria.com.co/enlaces-de-interes/politica-de-privacidad.aspx)

PARA ACCEDER AL CLAUSULADO DE SU POLIZA DE SEGURO, POR FAVOR INGREDE AL SIGUIENTE LINK <https://aseguradorasolidaria.com.co/enlaces-de-interes/biblioteca-de-clausulados.aspx> Y BUSQUE EL NOMBRE DEL PRODUCTO TAL Y COMO FIGURA EN EL TITULO DE ESTE DOCUMENTO. TAMBIEN PUEDE VERIFICAR LA VALIDEZ DE ESTA POLIZA DESDE NUESTRA PAGINA WEB <https://www.aseguradorasolidaria.com.co>, EN EL MENU "SERVICIOS", OPCION "CONSULTA POLIZA DE CUMPLIMIENTO Y OTROS"

FIRMA ASEGURADOR   **FIRMA TOMADOR** 

(415)7701861000019(8020)0000000007000435228547

DIRECCION NOTIFICACION ASEGURADORA: **Calle 100 No. 9A-45 Piso 12 Bogota** CLIENTE **CADB257A0D07FA7A59**