

**NÚMERO ELECTRÓNICO  
PARA PAGOS  
3202888404**

**PÓLIZA No: 320-47-994000038601 ANEXO: 1**

AGENCIA EXPEDIDORA: **BARRANQUILLA**

COD. AGENCIA: **320** RAMO: **47**

TIPO DE MOVIMIENTO: **MODIFICACIÓN SIN COBRO DE PRIMA**

TIPO DE IMPRESIÓN: **IMPRESIÓN**

DIA MES AÑO  
**12 08 2026**  
FECHA DE EXPEDICIÓN

DIA MES AÑO  
**12 08 2026**  
FECHA DE IMPRESIÓN

**DATOS DEL AFIANZADO**

NOMBRE: **GLOBAL BUSINESS GROUP DSF S.A.S.**

IDENTIFICACIÓN: NIT **901.855.572-9**

DIRECCIÓN: **KR 3 26 128**

CIUDAD: **SANTA MARTA, MAGDALENA**

TELÉFONO: **3002213373**

**DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO**

ASEGURADO: **INSTITUCION UNIVERSITARIA DE SANTA MARTA**

IDENTIFICACIÓN: NIT **901.736.641-9**

BENEFICIARIO: **INSTITUCION UNIVERSITARIA DE SANTA MARTA**

IDENTIFICACIÓN: NIT **901.736.641-9**

**AMPAROS**

**GIRO DE NEGOCIO: CONTRATO DE SUMINISTROS**

| DESCRIPCION AMPAROS                           | VIGENCIA DESDE | VIGENCIA HASTA | SUMA ASEGURADA |
|-----------------------------------------------|----------------|----------------|----------------|
| CONTRATO                                      |                |                |                |
| CUMPLIMIENTO                                  | 12/08/2026     | 11/01/2027     | 3,170,838.30   |
| PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES E IND | 12/08/2026     | 11/09/2029     | 1,585,419.15   |
| CORRECTO FUNCIONAMIENTO                       | 12/08/2026     | 11/03/2027     | 3,170,838.30   |
| CALIDAD DEL SERVICIO                          | 12/08/2026     | 11/03/2027     | 3,170,838.30   |

**BENEFICIARIOS**  
NIT 901736641 - INSTITUCION UNIVERSITARIA DE SANTA MARTA

**POLIZA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO DE SUMINISTROS:**

**OBJETO DE LA GARANTIA**

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 NO. USM-CA-226-2026 CELEBRADO ENTRE LAS PARTES, RELACIONADO CON: ADQUISICIÓN DE INSUMOS, HERRAMIENTAS, EQUIPOS Y MATERIALES PARA EL PROGRAMA DE GESTIÓN DE PRODUCCIÓN DE MODAS DE LA INSTITUCION UNIVERSITARIA DE SANTA MARTA - USM.

**ANEXO MODIFICATORIO: CON EL PRESENTE ANEXO ACLARAMOS QUE LA DIRECCIÓN DE LA INSTITUCION UNIVERSITARIA DE SANTA MARTA ES LA CALLE 29A No. 35-390 EN LA CIUDAD DE SANTA MARTA- MAGDALENA**

|                                        |                           |                                    |                   |                             |
|----------------------------------------|---------------------------|------------------------------------|-------------------|-----------------------------|
| VALOR ASEGURADO TOTAL:<br>\$ *****0.00 | VALOR PRIMA:<br>\$ *****0 | GASTOS EXPEDICION:<br>\$ *****0.00 | IVA:<br>\$ *****0 | TOTAL A PAGAR:<br>\$ *****0 |
|----------------------------------------|---------------------------|------------------------------------|-------------------|-----------------------------|

| NOMBRE INTERMEDIARIO          | CLAVE | %PART  | NOMBRE COMPAÑIA COASEGURO CEDIDO | %PART | VALOR ASEGURADO |
|-------------------------------|-------|--------|----------------------------------|-------|-----------------|
| MAC ASESORIAS EN SEGUROS LTDA | 10502 | 100.00 |                                  |       |                 |

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN: DECLARO CONOCER Y ESTAR INFORMADO QUE LOS CANALES QUE A CONTINUACIÓN SE RELACIONAN, CUYOS DATOS VERACES Y FIDELIGNOS HE SUMINISTRADO VOLUNTARIAMENTE EN EL PRESENTE DOCUMENTO, PUEDEN SER UTILIZADOS POR LA ASEGURADORA PARA REALIZAR GESTIONES DE COBRANZA, ASÍ COMO PARA EL ENVÍO DE MENSAJES PUBLICITARIOS A TRAVÉS DE MENSAJES CORTOS DE TEXTO (SMS), MENSAJERÍA POR APLICACIONES WEB, CORREOS ELECTRÓNICOS Y LLAMADAS TELEFÓNICAS DE CARÁCTER 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 DECLARACIÓN, MEDIANTE LOS CANALES DE: PRESENCIAL, LLAMADAS, CORREO ELECTRÓNICO Y EN ALGUNOS CASOS MENSAJES DE TEXTO Y WHATSAPP POR MEDIO DE GESTIÓN AUTOMÁTICA. EN CASO QUE DESEE CAMBIAR EL CANAL DE CONTACTO O TENER UN CANAL EXCLUSIVO PARA LA GESTIÓN DE COBRANZA, POR FAVOR INFORMAR AL CORREO ELECTRÓNICO: 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.coww\\_digitalclient/#login](https://www.solidaria.com.coww_digitalclient/#login)

MEDIANTE LA SOLICITUD Y CONTRATACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO, USTED EN CALIDAD DE TITULAR(ES) DE LA INFORMACIÓN; DE MANERA LIBRE, EXPRESA, VOLUNTARIA E INFORMADA, AUTORIZA A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA O A LA PERSONA NATURAL O JURÍDICA A QUIEN ESTE ENCARGUE, A RECOLECTAR, ALMACENAR, UTILIZAR, CIRCULAR, SUPRIMIR Y EN GENERAL, A REALIZAR CUALQUIER OTRO TRATAMIENTO A LOS DATOS PERSONALES POR USTED SUMINISTRADOS, 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 MERCADEO, PROMOCIÓN Y DE SER EL CASO, CUANDO LA ACTIVIDAD COMERCIAL LO REQUIERA, LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN DE LOS MISMOS A UN TERCERO (INCLUYENDO TERCEROS PAÍSES), BAJO LOS PARÁMETROS DE LA LEY 1581 DE 2012, DECRETO 1074 DE 2015 Y DEMÁS NORMATIVIDAD VIGENTE QUE REGULE LA MATERIA. EN TODO CASO, ASEGURADORA SOLIDARIA GARANTIZA LAS CONDICIONES DE SEGURIDAD, PRIVACIDAD Y DEMÁS PRINCIPIOS QUE IMPLIQUEN EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES ACORDE CON LA LEGISLACIÓN APLICABLE. ESTA AUTORIZACIÓN SE MANTENDRÁ POR EL TIEMPO DE DURACIÓN DEL VÍNCULO O LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO Y POR EL TIEMPO DE DURACIÓN DE LA SOCIEDAD RESPONSABLE, CONFORME LO ESTABLECIDO EN SUS MANUALES Y POLÍTICAS. IGUALMENTE DECLARO QUE HE CONOCIDO LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DISPONIBLE EN: <https://aseguradorasolidaria.com.co/enlaces-de-interes/politica-de-privacidad.aspx>

PARA ACCEDER AL CLAUSULADO DE SU PÓLIZA DE SEGURO, POR FAVOR INGRESE 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 TÍTULO DE ESTE DOCUMENTO. TAMBIÉN PUEDE VERIFICAR LA VALIDEZ DE ESTA PÓLIZA DESDE NUESTRA PÁGINA WEB <https://www.aseguradorasolidaria.com.co>, EN EL MENÚ "SERVICIOS", OPCIÓN "CONSULTA POLIZA DE CUMPLIMIENTO Y OTROS".

**FIRMA ASEGURADOR**

(415)7701861000019(8020)00000000007000320288840

**FIRMA TOMADOR**

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 12 Bogotá  
CDDA207A0707F57E5B

CLIENTE

**NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS**  
**3202888404**

**PÓLIZA No: 320-47-994000038601 ANEXO: 0**

AGENCIA EXPEDIDORA: **BARRANQUILLA**

COD. AGENCIA: **320** RAMO: **47**

TIPO DE MOVIMIENTO: **EXPEDICION**

TIPO DE IMPRESIÓN: **IMPRESION**

DIA **11** MES **08** AÑO **2026**  
FECHA DE EXPEDICIÓN

DIA **11** MES **08** AÑO **2026**  
FECHA DE IMPRESIÓN

**DATOS DEL AFIANZADO**

NOMBRE: **GLOBAL BUSINESS GROUP DSF S.A.S.**

IDENTIFICACIÓN: NIT **901.855.572-9**

DIRECCIÓN: **KR 3 26 128**

CIUDAD: **SANTA MARTA, MAGDALENA**

TELÉFONO: **3002213373**

**DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO**

ASEGURADO: **INSTITUCION UNIVERSITARIA DE SANTA MARTA**

IDENTIFICACIÓN: NIT **901.736.641-9**

BENEFICIARIO: **INSTITUCION UNIVERSITARIA DE SANTA MARTA**

IDENTIFICACIÓN: NIT **901.736.641-9**

**AMPAROS**

**GIRO DE NEGOCIO: CONTRATO DE SUMINISTROS**

| DESCRIPCION AMPAROS                           | VIGENCIA DESDE | VIGENCIA HASTA | SUMA ASEGURADA |
|-----------------------------------------------|----------------|----------------|----------------|
| CONTRATO                                      |                |                |                |
| CUMPLIMIENTO                                  | 11/08/2026     | 11/01/2027     | 3,170,838.30   |
| PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES E IND | 11/08/2026     | 11/09/2029     | 1,585,419.15   |
| CORRECTO FUNCIONAMIENTO                       | 11/08/2026     | 11/03/2027     | 3,170,838.30   |
| CALIDAD DEL SERVICIO                          | 11/08/2026     | 11/03/2027     | 3,170,838.30   |

**BENEFICIARIOS**  
NIT 901736641 - INSTITUCION UNIVERSITARIA DE SANTA MARTA

**POLIZA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO DE SUMINISTROS:**

**OBJETO DE LA GARANTIA**

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 NO. USM-CA-226-2026 CELEBRADO ENTRE LAS PARTES, RELACIONADO CON: ADQUISICIÓN DE INSUMOS, HERRAMIENTAS, EQUIPOS Y MATERIALES PARA EL PROGRAMA DE GESTIÓN DE PRODUCCIÓN DE MODAS DE LA INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE SANTA MARTA - USM.

|                                                       |                                       |                                              |                               |                                         |
|-------------------------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------------|
| VALOR ASEGURADO TOTAL:<br><b>\$ ****11,097,934.05</b> | VALOR PRIMA:<br><b>\$ *****39,631</b> | GASTOS EXPEDICION:<br><b>\$****15,000.00</b> | IVA:<br><b>\$ *****10,380</b> | TOTAL A PAGAR:<br><b>\$ *****65,011</b> |
|-------------------------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------------|

|                                                              |                       |                        |                                  |       |                 |
|--------------------------------------------------------------|-----------------------|------------------------|----------------------------------|-------|-----------------|
| NOMBRE INTERMEDIARIO<br><b>MAC ASESORIAS EN SEGUROS LTDA</b> | CLAVE<br><b>10502</b> | %PART<br><b>100.00</b> | NOMBRE COMPAÑIA COASEGURO CEDIDO | %PART | VALOR ASEGURADO |
|--------------------------------------------------------------|-----------------------|------------------------|----------------------------------|-------|-----------------|

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN: DECLARO CONOCER Y ESTAR INFORMADO QUE LOS CANALES QUE A CONTINUACIÓN SE RELACIONAN, CUYOS DATOS VERACES Y FIDELIGNOS HE SUMINISTRADO VOLUNTARIAMENTE EN EL PRESENTE DOCUMENTO, PUEDEN SER UTILIZADOS POR LA ASEGURADORA PARA REALIZAR GESTIONES DE COBRANZA, ASÍ COMO PARA EL ENVÍO DE MENSAJES PUBLICITARIOS A TRAVÉS DE MENSAJES CORTOS DE TEXTO (SMS), MENSAJERÍA POR APLICACIONES WEB, CORREOS ELECTRÓNICOS Y LLAMADAS TELEFÓNICAS DE CARÁCTER 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 DECLARACIÓN, MEDIANTE LOS CANALES DE: PRESENCIAL, LLAMADAS, CORREO ELECTRÓNICO Y EN ALGUNOS CASOS MENSAJES DE TEXTO Y WHATSAPP POR MEDIO DE GESTIÓN AUTOMÁTICA. EN CASO QUE DESEE CAMBIAR EL CANAL DE CONTACTO O TENER UN CANAL EXCLUSIVO PARA LA GESTIÓN DE COBRANZA, POR FAVOR INFORMAR AL CORREO ELECTRÓNICO: 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.coww\\_digitalclient/#login](https://www.solidaria.com.coww_digitalclient/#login)

MEDIANTE LA SOLICITUD Y CONTRATACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO, USTED EN CALIDAD DE TITULAR(ES) DE LA INFORMACIÓN; DE MANERA LIBRE, EXPRESA, VOLUNTARIA E INFORMADA, AUTORIZA A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA O A LA PERSONA NATURAL O JURÍDICA A QUIÉN ESTE ENCARGUE, A RECOLECTAR, ALMACENAR, UTILIZAR, CIRCULAR, SUPRIMIR Y EN GENERAL, A REALIZAR CUALQUIER OTRO TRATAMIENTO A LOS DATOS PERSONALES POR USTED SUMINISTRADOS, 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 MERCADEO, PROMOCIÓN Y DE SER EL CASO, CUANDO LA ACTIVIDAD COMERCIAL LO REQUIERA, LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN DE LOS MISMOS A UN TERCERO (INCLUYENDO TERCEROS PAÍSES), BAJO LOS PARÁMETROS DE LA LEY 1581 DE 2012, DECRETO 1074 DE 2015 Y DEMÁS NORMATIVIDAD VIGENTE QUE REGULE LA MATERIA. EN TODO CASO, ASEGURADORA SOLIDARIA GARANTIZA LAS CONDICIONES DE SEGURIDAD, PRIVACIDAD Y DEMÁS PRINCIPIOS QUE IMPLIQUEN EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES ACORDE CON LA LEGISLACIÓN APLICABLE. ESTA AUTORIZACIÓN SE MANTENDRÁ POR EL TIEMPO DE DURACIÓN DEL VÍNCULO O LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO Y POR EL TIEMPO DE DURACIÓN DE LA SOCIEDAD RESPONSABLE, CONFORME LO ESTABLECIDO EN SUS MANUALES Y POLÍTICAS. IGUALMENTE DECLARO QUE HE CONOCIDO LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DISPONIBLE EN: <https://aseguradorasolidaria.com.co/enlaces-de-interes/politica-de-privacidad.aspx>

PARA ACCEDER AL CLAUSULADO DE SU PÓLIZA DE SEGURO, POR FAVOR INGRESE 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 TÍTULO DE ESTE DOCUMENTO. TAMBIÉN PUEDE VERIFICAR LA VALIDEZ DE ESTA PÓLIZA DESDE NUESTRA PÁGINA WEB <https://www.aseguradorasolidaria.com.co>, EN EL MENÚ "SERVICIOS", OPCIÓN "CONSULTA POLIZA DE CUMPLIMIENTO Y OTROS".

**FIRMA ASEGURADOR**

(415)7701861000019(8020)00000000007000320288840

**FIRMA TOMADOR**

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 12 Bogotá  
CDDA207A0707F47A5F

CLIENTE