

**DATOS ENVÍO****NOMBRE:** UNISEGUROS DEL CARIBE LTDA**DIRECCION:** CL 72A # 22 07**CIUDAD:** BOGOTA-BOGOTA**DATOS DEL TOMADOR****NOMBRE:** SOLUCIONES EN RED S A S**IDENTIFICACIÓN:** 830084645-1**TELÉFONO:** 3158918425 3175172784**DIRECCIÓN:****CIUDAD:** BOGOTA**SEGURO DE CUMPLIMIENTO****CERTIFICADO DE MODIFICACION****Póliza N°:** 1070000594001**Certificado:** 1 **N°:** 000**Fecha de Expedición:** 22/12/2023

<b>VIGENCIA DEL SEGURO</b>	<b>DESDE</b>	<b>HASTA</b>
	<b>07/12/2023</b> Día Mes Año	<b>07/12/2029</b> Día Mes Año
	A las 00 horas	A las 24 horas
<b>VIGENCIA DEL CERTIFICADO</b>	<b>DESDE</b>	<b>HASTA</b>
	<b>07/12/2023</b> Día Mes Año	<b>07/12/2029</b> Día Mes Año
	A las 00 horas	A las 24 horas

**OBSERVACIONES:** Cosnec No. 1422095 Se Traslada Vigencia Segun Acta Y Solicitud.CERTIFICADO DE MODIFICACION**ASEGURADO**

<b>NOMBRE</b>	<b>IDENTIFICACIÓN</b>
TRANSCARIBE S.A.	806014488-5

**BENEFICIARIOS**

<b>NOMBRE</b>	<b>IDENTIFICACIÓN</b>
TRANSCARIBE S.A.	806014488-5

**DATOS DEL ASESOR**

<b>NOMBRE</b>	<b>TELÉFONO</b>	<b>% DE PART.</b>
UNISEGUROS DEL CARIBE LTDA		100%

**DATOS DE LA PÓLIZA****CUMPLIMIENTO A FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES**

## OBJETO DEL CONTRATO

### O B J E T O

GARANTIZAR EL CONTRATACIÓN DIRECTA TC-DC-004-2023, EN DONDE EL CONTRATISTA SE OBLIGA PARA CON EL CONTRATANTE A PRESTAR A LOS USUARIOS DEL SITM TRANSCARIBE S.A., LOS SERVICIOS DE VENTA Y RECARGA DE TARJETAS TRANSCARIBE, EN TODOS LOS ESTABLECIMIENTOS DE AQUEL Y A TRAVÉS DE TODOS SUS PUNTOS DE RED EXTERNA UBICADOS EN LA CIUDAD DE CARTAGENA Y APROBADOS POR TRANSCARIBE S.A., DE CONFORMIDAD CON LOS PROCEDIMIENTOS E INSTRUCCIONES QUE PARA EL EFECTO ESTABLEZCA EL CONTRATANTE MEDIANTE EL RESPECTIVO ESQUEMA OPERATIVO QUE HACE PARTE INTEGRAL DEL PRESENTE CONTRATO.

#### NOTA:

LA POLIZA DE CUMPLIMIENTO NO TIENE COMO ALCANCE COBERTURAS COMO DE MANEJO Y RECAUDO DE DINERO ASI MISMO SU TRASPORTE RIESGOS QUE SON PROPIOS DE OTROS SEGUROS. ASI MISMO NO SE CUBRE NINGUNA OBLIGACION DE RESULTADO REFERENTE A LOS INDICADORES DE DESEMPEÑO.

CONSEC NO. 1422095

#### NOTA

SE TRASLADA LA VIGENCIA SEGUN CONTRATO FIRMADO

AFIANZADO

BENEFICIARIO

LA COMPANIA

NOMBRE

NOMBRE

NOMBRE

C. C./D.I.

C.C/D.I

C.C/D.I

## AMPAROS

CÓDIGO	COBERTURA	DESDE	HASTA	VALOR ASEGURADO	VALOR PRIMA
1070000567501	CUMPLIMIENTO	07/12/2023	07/12/2026	\$ 54,844,216	\$ 0
1070000567601	SALARIOS Y PRESTACIONES SOCIALES	07/12/2023	07/12/2029	\$ 18,281,405	\$ 0
1070000567701	CALIDAD DEL SERVICIO	07/12/2023	07/12/2029	\$ 73,125,621	\$ 0

Código de Clausulado que aplica: 22/12/2017-1327-P-05-CU-0000000000050-00DI. Consulte este clausulado en la página [www.segurosbolivar.com](http://www.segurosbolivar.com)

Si desea actualizar información de este documento, tiene a su disposición los siguientes canales:

- Por correo electrónico: [contacto@segurosbolivar.com](mailto:contacto@segurosbolivar.com).
- Por contacto telefónico: Desde celular marcando #322, para Bogotá 3122122 y para fuera de Bogotá 018000 123 322.
- Por correo físico: Avenida El Dorado No. 68 B-31 Piso 10 en la ciudad de Bogotá.

### \$ VALORES A PAGAR

VALOR DE LA PRIMA:	\$ 0
IVA PRIMA:	\$ 0
<b>TOTAL A PAGAR</b>	<b>\$ 0</b>

Firma Representante Legal

Página en blanco



**SEGUROS COMERCIALES BOLIVAR S.A.**

**NIT: 860002180-7**

Certifica que la póliza de Cumplimiento N° **1070000594001** endoso **1** expedida el **22/12/2023** por un valor de **\$ 0** incluido el IVA, no expirará por falta de pago de la prima, al igual que los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, ni podrá ser revocada unilateralmente, ya que para todos los efectos legales se considera pagada bajo el acuerdo de pago de primas que se tiene con el tomador de la misma, a través del Acuerdo de Digitación en Línea y/o del acuerdo con su Intermediario de Seguros.

**Dado en Bogotá a los 22 días del mes de Diciembre de 2023.**

Firma Representante Legal

Página en blanco