

**DATOS ENVÍO****NOMBRE:** PROVIDE CONSULTORES EN RIESGOS LIMITADA**DIRECCION:****CIUDAD:** -**DATOS DEL TOMADOR****NOMBRE:** COLVIAJES SAS**IDENTIFICACIÓN:** 832011124**SEGURO RESPONSABILIDAD CIVIL****CERTIFICADO DE RENOVACION****Póliza N°** 1505512780807**Certificado:** 0 **N°:** 001**Fecha de Expedición:** 16/01/2026**OBSERVACIONES:****VIGENCIA  
DEL SEGURO****DESDE****15/01/2026**

Día Mes Año

A las 00 horas

**HASTA****15/01/2027**

Día Mes Año

A las 00 horas

**ASEGURADO N.90****NOMBRE****IDENTIFICACIÓN**

BRAYAN STEVEN MOJICA CASTILLO

1016061387

COLVIAJES SAS

832011124

**BENEFICIARIOS****NOMBRE****IDENTIFICACIÓN**

TERCEROS AFECTADOS

**DATOS DEL ASESOR****NOMBRE****TELÉFONO**PROVIDE CONSULTORES EN RIESGOS  
LIMITADA

3165228578

**DETALLE DEL BIEN ASEGURADO**

|                 |                        |
|-----------------|------------------------|
| PLACA           | QJZ308                 |
| MARCA           | FORD RANGER            |
| MODELO          | 2026                   |
| TIPO            | CAMIONETA DE PASAJEROS |
| COLOR           | BLANCO ARTICO          |
| NÚMERO DE MOTOR | P02X TJ005696          |
| VIN O CHASIS    | 8AFBR01E9TJ005696      |



| AL ASEGURADO   |   |   |
|--|---|---|
| COBERTURA  | VALOR ASEGURADO                                     | DEDUCIBLE   |
|  | % ó Salario Mínimo Mensual Legal Vigente ó Millones | % ó Salario Mínimo Mensual Legal Vigente ó Millones |
| <b>RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL OBLIGATORIA</b>       |   |   |
| Muerte   | 200 SMMLV   | 0% - 0 SMMLV  |
| Incapacidad total y permanente                             | -   |   |
| Incapacidad temporal                                       | -   |   |
| Gastos médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios | -   |   |
| Amparo Patrimonial   |   |   |
| <b>RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL OBLIGATORIA</b> |   |   |
| Daños a bienes de terceros                                 | 200 SMMLV   | 10% 1 SMMLV   |
| Muerte o lesiones a 1 persona                              | 200 SMMLV   |   |
| Muerte o lesiones a 2 o más personas                       | 400 SMMLV   |   |

| AL VEHÍCULO        |   |
|--------------------|---|
| COBERTURA          | DEDUCIBLE                                 |
|                    | % ó Salario Mínimo Mensual Legal Vigente  |
| Asistencia Bolívar | Según condiciones y ciudades con convenio |

Código de Clausulado que aplica: 17/12/2024-1327-P-03-AU-000000000132-D001. 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        | \$ 409,712 |
| VALOR ASISTENCIA BOLÍVAR | \$ 85,444  |
| IVA PRIMA                | \$ 77,846  |
| IVA ASISTENCIA           | \$ 16,234  |
| RUNT                     | \$ 6,400   |

**TOTAL A PAGAR \$ 595,636**

PERIODICIDAD DE PAGO ANUAL

**PRIMA PARA UNA VIGENCIA COMPLETA \$ 595,636**

**NOTA IMPORTANTE** La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.



Firma Representante Legal