



**POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL
PARA VEHÍCULOS DE SERVICIO PÚBLICO PASAJEROS**

NIT: 860 000 578-6

COLECTIVA PASAJEROS

Expedida en: BOGOTA, D.C.	Sucursal Expedidora CHAPINERO		Cod. Sucursal 14	Punto de Venta NINGUNO			Cod. Punto 0	Ramo 31	No. Póliza 14-31-101002432	No. Grupo 0	
Clase de Documento ANEXO CAUSA PRIMA	No. De Anexo 5	Fecha Expedición			Vigencia					No de Días 345	
					Desde las 24 horas del			Hasta las 24 horas del			
		Día 17	Mes 10	Año 2025	Día 17	Mes 10	Año 2025	Día 27	Mes 09	Año 2026	

DATOS DEL TOMADOR

Nombre : EMPRESA DE TRANSPORTADORES EXPRESOS CONDOR SAS Identificación : 900.327.429-5
Dirección : CL 70 A NRO. 96 - 85 Ciudad : BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL Teléfono : 3112008810

DATOS DEL ASEGURADO

Asegurado : ZARATE VALBUENA, FREDY ALONSO Identificación : 1020758473
Dirección : CALLE 186 B N 4B 13 Ciudad : BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL Teléfono : 2564770

DATOS DEL BENEFICIARIO

DATOS DEL BENEFICIARIO

D LOS DE LEY

DETALLE DE COBERTURAS

DETALLE DE COBERTURAS

DESCRIPCION DEL VEHICULO

MARCA: KIA

CHASIS: 8L0157321CE010050 MOTOR: 31621896 NO PASAJEROS: 19 TRAYECTO: ESPECIAL

AMPAROS

% MINIMO

MUERTE ACCIDENTAL	100	SMMLV
INCAPACIDAD PERMANENTE	100	SMMLV
INCAPACIDAD TEMPORAL	100	SMMLV
GASTOS MEDICOS	100	SMMLV
AMPARO DE PROTECCION PATRIMONIAL	SI	AMPARA
AMPARO DE ASISTENCIA JURIDICA EN PROCESO CIVIL	SI	AMPARA
AMPARO DE ASISTENCIA JURIDICA EN PROCESO PENAL	SI	AMPARA
AMPARO AL CONDUCTOR	SI	AMPARA

OBSERVACIONES

Valor Asegurado Total	Total a Pagar Factura	Valor Prima Anual	Gastos Expedición	IVA	RUNT	Total a Pagar Anual	Facturación
\$ *****284,700,000.00	\$ *****306,883.00	\$ *****255,196.00	\$ *****0.00	\$ *****48,487.00	\$ *****3,200.00	\$ *****303,683.00	ANUAL/ANTICIPADA

INTERMEDIARIOS

Nombre	Clave	% de Part.	Nombre Compañía	% Part.	Valor Asegurado
SEGUROS EN RED LTDA	184608	100.00			

PLAN DE BAC: CONTARDO

•TERMINO PARA EL PAGO DE LA PRIMA: CONFORME AL PACTO EN CONTRARIO QUE PREVEE EL ARTICULO 1066 DEL CÓDIGO DEL COMERCIO, LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO DE LA PRIMA SE HARÁ A SEGUROS DEL ESTADO S.A., DENTRO DE LOS 90 DÍAS CALENDARIO SIGUIENTES A LA FECHA DE INICIÓN DE LA VIGENCIA INDICADA EN LA CARATULA DE LA PRESENTE POLIZA.

A standard linear barcode is located at the top of the page, consisting of vertical black lines of varying widths on a white background.

REFERENCIA
PAGO:

14-31-101002432

FIRMA AUTORIZADA

FIRMA TOMADOR

KAREN GABRIELA 17/10/2025

