

**POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL
PARA VEHICULOS DE SERVICIO PUBLICO PASAJEROS**

COLECTIVA PASAJEROS

Expedida en: BOGOTA, D.C.	Sucursal Expedidora INTEGRA	Cod. Sucursal 37	Punto de Venta NINGUNO	Cod. Punto 0	Ramo 31	No.Póliza 37-31-101021736	No. Grupo 0
Clase de Documento ANEXO CAUSA PRIMA	No. De Anexo 3	Fecha Expedición 15 03 2023	Vigencia Desde las 24 horas del 15 03 2023 Hasta las 24 horas del 13 03 2024	No de Dias 364			

DATOS DEL TOMADOR

Nombre : FONTRANS S.A.S	Identificación : 901.081.397-3
Dirección : AUTOP NORTE 222 NRO. 4 18 - 08	Ciudad : BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL Teléfono : 8765335

DATOS DEL ASEGURADO

Asegurado : BOHORQUEZ TANGARIFE, LUZ ADRIANA	Identificación : 52484633
Dirección : CLL 23D N 85B 55 APTO 209 TRR A	Ciudad : BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL Teléfono : 2638278

DATOS DEL BENEFICIARIO

Beneficiario : PASAJEROS OCUPANTES DEL VEHICULO O LOS DE LEY
--



PAGINA WEB



VISA



CORRESPONSALES BANCARIOS



extro



Pagos con convenio *No aplica para transferencias



Banco de Bogotá

Seguros del Estado S.A. Cuenta Corriente 039465445

Grupo
Bancolombia

Seguros del Estado S.A. Cuenta Corriente 47189

Valor Asegurado Total	Total a Pagar Factura	Valor Prima Anual	Gastos Expedición	IVA	RUNT	Total a Pagar Anual	Facturación
\$ 232,000,000.00	\$ 293,769.00	\$ 244,428.00	\$ 0.00	\$ 46,441.00	\$ 2,900.00	\$ 293,769.00	ANUAL/ANTICIPADA

INTERMEDIARIO

Nombre	Clave	% de Part.	Nombre Compañía	% Part.	Valor Asegurado
JAIRO MANUEL SALVADOR CARREÑO	184387	100.00			

PLAN DE PAGO: CONTADO

-TÉRMINO PARA EL PAGO DE LA PRIMA: CONFORME AL PACTO EN CONTRARIO QUE PREVEE EL ARTÍCULO 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 6 DÍAS CALENDARIO SIGUIENTES A LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA VIGENCIA INDICADA EN LA CARATULA DE LA PRESENTE PÓLIZA.

-TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO: 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 DE LA PÓLIZA.

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA E-RCCPTP-032A-M3, ADJUNTA.

PARA EFECTOS DE CUALQUIER NOTIFICACIÓN, LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES:

DIRECCIÓN: CALLE 96 NO. 45A 31

TELÉFONO: 7421444 - BOGOTA, D.C.

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

FORMA DE PAGO		
BANCO	CHEQUE No.	VALOR

Efectivo	
Cheque	
Total S	



(415) 7709998021167 (8020) 11007607214557 (3900) 000000293769 (96) 20230315

REFERENCIA
PAGO:
1100760721455-7

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIALBE

**POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL
EXTRACONTRACTUAL VEHÍCULOS DE SERVICIO PÚBLICO
PASAJEROS**

COLECTIVA PASAJEROS

Expedida en: BOGOTA, D.C.	Sucursal Expedidora INTEGRA	Cod. Sucursal 37	Punto de Venta NINGUNO	Cod. Punto 0	Ramo 30	No. Póliza 37-30-101020359	No. Grupo 0
Clase de Documento ANEXO CAUSA PRIMA	No. De Anexo 3	Fecha Expedición 15 03 2023	Vigencia Desde las 24 horas del 15 03 2023 Hasta las 24 horas del 13 03 2024	No de Dias 364			

DATOS DEL TOMADOR

Nombre : FONTRANS S.A.S	Identificación : 901.081.397-3
Dirección : AUTOP NORTE 222 NRO. 4 18 - 08	Ciudad : BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL Teléfono : 8765335

DATOS DEL ASEGURADO

Asegurado : BOHORQUEZ TANGARIFE, LUZ ADRIANA	Identificación : 52484633
Dirección : CLL 23D N 85B 55 APTO 209 TRR A	Ciudad : BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL Teléfono : 2638278

DATOS DEL BENEFICIARIO

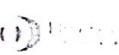
Beneficiario : TERCIEROS AFFECTADOS O LOS DE LEY

 P. GUESTADO
ESTADOS UNIDOS DE AMERICA

PAGINA WEB



VISA



CORRESPONDENCIAS BANCARIOS



éxito

Superinter

Bancolombia

Pagos con convenio *No aplica para transferencias



Banco de Bogotá

Seguros de Estado S.A. Cuenta Corriente 008465445

Grupo
Bancolombia

Seguros de Estado S.A. Cuenta Corriente 47189

Valor Asegurado Total	Total a Pagar Factura	Valor Prima Anual	Gastos Expedición	IVA	RUNT	Total a Pagar Anual	Facturación
\$ *****348,000,000.00	\$ *****473,026.00	\$ *****395,064.00	\$ *****0.00	\$ *****75,062.00	\$ *****2,900.00	\$ *****473,026.00	ANUAL/ANTICIPADA

INTERMEDIARIO

COASEGURO

Nombre	Clave	% de Part.	Nombre Compañía	% Part.	Valor Asegurado
JAIRO MANUEL SALVADOR CARREÑO	194397	100.00			

PLAN DE PAGO: CONTADO

-TÉRMINO PARA EL PAGO DE LA PRIMA: CONFORME AL PACTO EN CONTRARIO QUE PREVEE EL ARTÍCULO 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 0 DÍAS CALENDARIO SIGUIENTES A LA FECHA DE INICIAZIÓN DE LA VIGENCIA INDICADA EN LA CARATULA DE LA PRESENTE PÓLIZA.

-TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO: 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 DE LA PÓLIZA.

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA E-RCEPTP-031A-M3, ADJUNTA.

PARA EFECTOS DE CUALQUIER NOTIFICACIÓN, LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES:

DIRECCIÓN: CALLE 96 NO. 45A 31

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

TELÉFONO: 7421444 - BOGOTA, D.C.

FORMA DE PAGO		
BANCO	CHEQUE No.	VALOR
Efectivo		
Cheque		
TOTAL S		



REFERENCIA
PAGO:
1100760721456-4

(415) 7709998021167 (8020) 11007607214564 (3900) 000000473026 (96) 20230315

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIAL