

NIT 860028415

DOCUMENTO	Renovacion	PRODUCTO	RCE SERVICIO PUBL				ORDEN	127			
CERTIFICADO	AB051596	FORMA DE PAGO	Con.Cuota a 30, 60 y 90 dias				USUARIO				
AGENCIA	CALI	TELEFONO	6608047								
		DIRECCIÓN	CLL 26 NORTE 6 N16								
FECHA DE EXPEDICIÓN		VIGENCIA DE LA POLIZA						FECHA DE IMPRESIÓN			
DD	MM	AAAA	DESDE	DD	MM	AAAA	HORA	24:00	DD	MM	AAAA
			HASTA	DD	MM	AAAA	HORA	24:00			

<b>TOMADOR</b>	ADONITRANS S.A.S	<b>EMAIL</b>	direccionadministrativa@gmail.com	<b>NIT/CC</b>	900527861
<b>DIRECCIÓN</b>	CARRERA 34 N° 5B2 - 25			<b>TEL/ MOVIL</b>	3223939913
<b>ASEGURADO</b>	REYES ANDRADE JEAN ANDRES			<b>NIT/CC</b>	94501234
<b>DIRECCIÓN</b>	AVENIDA 4 NORTE NO 49N-37	<b>EMAIL</b>	ADONITRANSAS@GMAIL.COM	<b>TEL/ MOVIL</b>	3223939913
<b>BENEFICIARIO</b>	TERCEROS AFECTADOS			<b>NIT/CC</b>	100000002
<b>DIRECCIÓN</b>	TERRITORIO NACIONAL	<b>EMAIL</b>	no_tiene@notiene.com	<b>TEL/ MOVIL</b>	1111111111

DETALLE	DESCRIPCIÓN
CIUDAD DEPARTAMENTO LOCALIDAD DIRECCION Marca/Tipo (Código Fasecolda) CAPACIDAD TONELADAS/PASAJEROS PLACA UNICA  NUMERO DE MOTOR NUMERO DE CHASIS NUMERO DE SERIE CANAL DE VENTA AMPARO PATRIMONIAL ASISTENCIA JURIDICA	CALI VALLE CARRERA 34 N° 5B2-25 CARRERA 34 N° 5B2-25 RENAULT DUSTER EXPRESSION MT 1 05 ESY726  2842Q198583 9FBHSR595KM570625 9FBHSR595KM570625 Directo INCLUIDO INCLUIDA

ACCESORIOS	DETALLE	VALOR ASEGURADO

DESCRIPCIÓN	VALOR ASEGURADO	DED %	DED VALOR	PRIMA
Responsabilidad Civil Extracontractual Servicio Publico		.00%		\$ .00
Daños a Bienes de Terceros	smmlv 200.00	10.00%	1.00 smmlv	\$ .00
Lesiones o Muerte de una Persona	smmlv 200.00	.00%		\$ .00
Lesiones o Muerte de Dos o Mas Personas	smmlv 400.00	.00%		\$ .00
Protección Patrimonial		.00%		\$ .00
Asistencia jurídica en proceso penal		.00%		\$ .00
Lesiones		.00%		\$ .00
Homicidio		.00%		\$ .00
RUNT		.00%		\$2,900.00

VALOR ASEGURADO TOTAL	PRIMA NETA	GASTOS	IVA	TOTAL POR PAGAR
\$799,933,180.00	\$641,631.00		\$121,359.00	\$762,990.00

[illegible]

INTERMEDIARIO Y/O FUERZA COMERCIAL DIRECTA		
CÓDIGO	NOMBRE	PARTICIPACIÓN
000805003801	CONSEGUROS CORREDORES DE SEGUROS	%

Con la firma del presente documento certifico que he leído de manera anticipada en la página web de La Equidad <http://www.laequidadseguros.coop/>, el clausulado anexo a la póliza contratada, el cual adicionalmente me fue explicado por la compañía de seguros; Información que en todo caso, declaro que conozco y entiendo, clara, suficiente y expresamente, en especial lo relacionado con las condiciones generales, el contenido de la cobertura, las exclusiones y las garantías del contrato de seguro.

47

**FIRMA AUTORIZADA**  
**LA EQUIDAD SEGUROS O.C.**

**FIRMA TOMADOR**

APRECIADO CLIENTE PARA MAYOR INFORMACIÓN DEL PRODUCTO CONTRATADO  
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB [WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP](http://WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP)  
Línea Segura 018000919538

#324

SEGURO  
RCE SERVICIO PUBL

PÓLIZA  
AA058047

FACTURA  
AB055399



INFORMACIÓN GENERAL

**COD. PRODUCTO** Con.Cuota a 30, 60 y 90 **PRODUCTO** RCE SERVICIO PUBL  
**COD. AGENCIA** AB051596 **CERTIFICADO** 127 **DOCUMENTO** Renovacion **TEL:** 6608047  
**AGENCIA** CALI **DIRECCIÓN** CLL 26 NORTE 6 N16

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA PÓLIZA						FECHA DE IMPRESIÓN		
05	06	2024	DESDE	DD	10	MM	06	AAAA	2024	HORA	24:00
DD	MM	AAAA	HASTA	DD	10	MM	06	AAAA	2025	HORA	24:00

DATOS GENERALES

**TOMADOR** ADONITRANS S.A.S **NIT/CC** 900527861  
**DIRECCIÓN** CARRERA 34 N° 5B2 - 25 **E-MAIL** direccionadministrativa@gmail.com **TEL/MOVIL** 3223939913

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA PÓLIZA

SE RENUEVA ESTA POLIZA POR SOLICITUD DE LA EMPRESA.

ESTA PÓLIZA SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 30/04/2021-1501-P-03-GAUTA00007000116-D00I, EL CUAL SE ENCUENTRA DEBIDAMENTE REGISTRADO POR LA EQUIDAD SEGUROS O.C ANTE LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA. PARA SU CONSULTA FAVOR INGRESAR A [www.laequidadseguros.coop](http://www.laequidadseguros.coop)

FIRMA AUTORIZADA  
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

FIRMA TOMADOR



APRECIADO CLIENTE PARA MAYOR INFORMACIÓN DEL PRODUCTO CONTRATADO  
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB [WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP](http://WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP)  
Línea Segura 018000919538  
#324

SEGURO  
R.C. CONTRACTUAL

PÓLIZA  
AA071104

FACTURA  
AB055400



NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO	Renovación	PRODUCTO	R.C. CONTRACTUAL	ORDEN	127
CERTIFICADO	AB051597	FORMA DE PAGO	Con.Cuota a 30, 60 y 90 días	USUARIO	ORECALDE
AGENCIA	CALI	DIRECCIÓN	CLL 26 NORTE 6 N16		
FECHA DE EXPEDICIÓN		VIGENCIA DE LA PÓLIZA			FECHA DE IMPRESIÓN
05	06	2024	DESDE	DD	10
DD	MM	AAAA	HASTA	DD	10
				MM	06
				AAAA	2024
				HORA	24:00
				HORA	24:00
					25
					06
					2024
					AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR	ADONITRANS S.A.S	EMAIL	direccionadministrativa@gmail.com	NIT/CC	900527861
DIRECCIÓN	CARRERA 34 N° 5B2 - 25			TEL/ MOVIL	3223939913
ASEGURADO	REYES ANDRADE JEAN ANDRES			NIT/CC	94501234
DIRECCIÓN	AVENIDA 4 NORTE NO 49N-37	EMAIL	ADONITRANSAS@GMAIL.COM	TEL/ MOVIL	3223939913
BENEFICIARIO	PASAJEROS AFECTADOS			NIT/CC	16
DIRECCIÓN		EMAIL		TEL/ MOVIL	0

DESCRIPCIÓN DEL RIESGO

DETALLE	DESCRIPCIÓN
CIUDAD DEPARTAMENTO LOCALIDAD DIRECCION TIPO DE VEHICULO V/ASEGURADO POR PUESTO/PERSONA CAPACIDAD DE PASAJEROS PLACA UNICA CANAL DE VENTA	CALI VALLE CARRERA 34 N° 5B2 - 25 CARRERA 34 N° 5B2 - 25 CAMPEROS / CAMIONETAS 200 SMMLV 5.00 ESY726 Directo

COBERTURAS Y VALOR ASEGURADO

DESCRIPCIÓN	VALOR ASEGURADO	DEDUCIBLE %	DEDUCIBLE VALOR	PRIMA
Muerte Accidental	smmlv 1,000.00	.00%		\$ .00
Incapacidad Total y Permanente	smmlv 1,000.00	.00%		\$ .00
Incapacidad Total Temporal	smmlv 1,000.00	.00%		\$ .00
Gastos Médicos	smmlv 1,000.00	.00%		\$ .00
Protección Patrimonial		.00%		\$ .00
Asistencia Jurídica en Proceso Penal		.00%		\$ .00
RUNT		.00%		\$2,900.00

VALOR ASEGURADO TOTAL	PRIMA NETA	GASTOS	IVA	TOTAL POR PAGAR
\$1,300,000,000.00	\$596,193.00		\$112,726.00	\$708,919.00
COASEGURO		INTERMEDIARIO Y/O FUERZA COMERCIAL DIRECTA		
COMPANIA	PARTICIPACIÓN	CÓDIGO	NOMBRE	PARTICIPACIÓN
	%	000805003801	GONSEGUROS CORREDORES DE SEGUROS	%

La mora en el pago de la prima o certificados que se expidan con fundamento en ella producirá la terminación automática del contrato y dará derecho a La Equidad Seguros O.C. para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato. El pago extemporaneo de la prima, no convalida la mora ni reactiva la póliza terminada automáticamente, caso en el cual se devolverá la prima a que haya lugar.

Con la firma del presente documento certifico que he leído de manera anticipada en la página web de La Equidad <http://www.laequidadseguros.coop/>, el clausulado anexo a la póliza contratada, el cual adicionalmente me fue explicado por la compañía de seguros; Información que en todo caso, declaro que conozco y entiendo, clara, suficiente y expresamente, en especial lo relacionado con las condiciones generales, el contenido de la cobertura, las exclusiones y las garantías del contrato de seguro.

*[Firma Autorizada]*

FIRMA AUTORIZADA  
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

FIRMA TOMADOR

PARA COMPROBAR LA VERACIDAD DE ESTE DOCUMENTO  
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB [WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP](http://WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP) Y USA ESTE CÓDIGO QR  
Desde Bogotá puede marcar al (601) 7460392,  
desde otras ciudades del país nuestra línea gratuita es 01800 091 9538 opción servicio al cliente.

**FACTURA**  
**AB055400**

PARA COMPROBAR LA VERACIDAD DE ESTE DOCUMENTO  
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB [WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP](http://WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP) Y USA ESTE CÓDIGO QR