





# SEGURO ACCIDENTES PERSONALES

PÓLIZA  
AA006006

FACTURA  
AA145754



equidad  
seguros



## INFORMACIÓN GENERAL

**COD. PRODUCTO** Con.Cuota a 30, 60 y 90 **PRODUCTO** ACCIDENTES PERSONALES  
**COD. AGENCIA** AA129512 **CERTIFICADO** 158 **DOCUMENTO** Modificacion **TEL:** 6023981963  
**AGENCIA** CALI **DIRECCIÓN** CALLE 25N # 6N-42

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA PÓLIZA						FECHA DE IMPRESIÓN		
06	03	2025	DESDE	DD	06	MM	03	AAAA	2025	HORA	00:00
DD	MM	AAAA	HASTA	DD	10	MM	06	AAAA	2025	HORA	00:00

## 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

POR MEDIO DEL PRESENTE CERTIFICADO SE MODIFICA EL PROPIETARIO SEGUN SOLICITUD.

ESTA PÓLIZA SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 30/04/2021-1429-P-31-0000000000001820-D001, 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  
AB067155



NIT 860028415

## INFORMACIÓN GENERAL

<b>DOCUMENTO</b>	Modificación	<b>PRODUCTO</b>	R.C. CONTRACTUAL	<b>ORDEN</b>	131
<b>CERTIFICADO</b>	AB061938	<b>FORMA DE PAGO</b>	Con.Cuota a 30, 60 y 90 días	<b>USUARIO</b>	NBARRIOS
<b>AGENCIA</b>	CALI	<b>TELÉFONO</b>	6023981963	<b>DIRECCIÓN</b>	CALLE 25N # 6N-42
<b>FECHA DE EXPEDICIÓN</b>					
06	03	2025	<b>VIGENCIA DE LA POLIZA</b>		
DD	MM	AAAA	DESDE	DD	MM
			HASTA	DD	MM
				06	03
				10	06
				AAAA	2025
				AAAA	2025
				HORA	24:00
				HORA	24:00
				06	03
				DD	MM
					AAAA

## DATOS GENERALES

<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>	LEIDY VIVIANA PARRA ARIAS			<b>NIT/CC</b>	1143926080
<b>DIRECCIÓN</b>		<b>EMAIL</b>	no_tiene@notiene.com	<b>TEL/ MOVIL</b>	
<b>BENEFICIARIO</b>	PASAJEROS AFECTADOS			<b>NIT/CC</b>	16
<b>DIRECCIÓN</b>		<b>EMAIL</b>		<b>TEL/ MOVIL</b>	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 DEL CAUCA CARRERA 34 N° 5B2 - 25 CARRERA 34 N° 5B2 - 25 CAMPEROS / CAMIONETAS 200 SMMLV 5.00 GVR560 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%		\$2,100.00

<b>VALOR ASEGURADO TOTAL</b>	<b>PRIMA NETA</b>	<b>GASTOS</b>	<b>IVA</b>	<b>TOTAL POR PAGAR</b>
\$1,423,500,000.00	\$2,100.00		\$ .00	\$2,100.00

COASEGURO	
COMPañIA	PARTICIPACIÓN
	%

INTERMEDIARIO Y/O FUERZA COMERCIAL DIRECTA		
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**  
**AB067155**

**TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA ORDEN**

POR MEDIO DEL PRESENTE CERTIFICADO SE PROCEDE A EXCLUIR RIESGO A SOLICITUD DEL TOMADOR

**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 91358 opción servicio al cliente.



# SEGURO RCE SERVICIO PUBL

PÓLIZA  
AA058047

FACTURA  
AB067154



NIT 860028415

## INFORMACIÓN GENERAL

<b>DOCUMENTO</b>	Modificación	<b>PRODUCTO</b>	RCE SERVICIO PUBL	<b>ORDEN</b>	131
<b>CERTIFICADO</b>	AB061937	<b>FORMA DE PAGO</b>	Con.Cuota a 30, 60 y 90 días	<b>USUARIO</b>	
<b>AGENCIA</b>	CALI	<b>TELÉFONO</b>	6023981963	<b>DIRECCIÓN</b>	CALLE 25N # 6N-42
<b>FECHA DE EXPEDICIÓN</b>					
06	03	2025	<b>VIGENCIA DE LA POLIZA</b>		
DD	MM	AAAA	DESDE	DD	MM
			06	03	AAAA
			2025		
			HASTA	DD	MM
			10	06	AAAA
			2025		
			HORA		
			24:00		
			HORA		
			24:00		
				06	03
				DD	MM
					AAAA

## DATOS GENERALES

<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/MOVL</b>	3223939913
<b>ASEGURADO</b>	LEIDY VIVIANA PARRA ARIAS			<b>NIT/CC</b>	1143926080
<b>DIRECCIÓN</b>		<b>EMAIL</b>	no_tiene@notiene.com	<b>TEL/MOVL</b>	
<b>BENEFICIARIO</b>	TERCEROS AFECTADOS			<b>NIT/CC</b>	100000002
<b>DIRECCIÓN</b>	TERRITORIO NACIONAL	<b>EMAIL</b>	no_tiene@notiene.com	<b>TEL/MOVL</b>	1111111111

## DESCRIPCIÓN DEL RIESGO

DETALLE	DESCRIPCIÓN
CIUDAD DEPARTAMENTO LOCALIDAD DIRECCIÓN 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 DEL CAUCA CARRERA 34 N° 5B2-25 CARRERA 34 N° 5B2-25 RENAULT DUSTER EXPRESSION MT 1 05 GVR560  2842Q256769 9FBHSR595MM764416 9FBHSR595MM764416 Directo INCLUIDO INCLUIDA

ACCESORIOS	DETALLE	VALOR ASEGURADO

## COBERTURAS Y 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%		\$2,100.00

<b>VALOR ASEGURADO TOTAL</b>	<b>PRIMA NETA</b>	<b>GASTOS</b>	<b>IVA</b>	<b>TOTAL POR PAGAR</b>
\$875,927,000.00	\$2,100.00		\$ .00	\$2,100.00

COASEGURO	
COMPañIA	PARTICIPACIÓN
	%

INTERMEDIARIO Y/O FUERZA COMERCIAL DIRECTA		
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



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  
AB067154



## INFORMACIÓN GENERAL

**COD. PRODUCTO** Con.Cuota a 30, 60 y 90 **PRODUCTO** RCE SERVICIO PUBL  
**COD. AGENCIA** AB061937 **CERTIFICADO** 131 **DOCUMENTO** Modificacion **TEL:** 6023981963  
**AGENCIA** CALI **DIRECCIÓN** CALLE 25N # 6N-42

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA PÓLIZA						FECHA DE IMPRESIÓN		
06	03	2025	DESDE	DD	06	MM	03	AAAA	2025	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

POR MEDIO DEL PRESENTE CERTIFICADO SE PROCEDE A EXCLUIR RIESGO A SOLICITUD DEL TOMADOR

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