

# SEGURO R.C. CONTRACTUAL

PÓLIZA  
AA031678

FACTURA  
AB004876



NIT 860028415

## INFORMACIÓN GENERAL

|                            |            |                      |                              |                  |                 |
|----------------------------|------------|----------------------|------------------------------|------------------|-----------------|
| <b>DOCUMENTO</b>           | Renovación | <b>PRODUCTO</b>      | R.C. CONTRACTUAL             | <b>ORDEN</b>     | 70              |
| <b>CERTIFICADO</b>         | AB004792   | <b>FORMA DE PAGO</b> | Con.Cuota a 30, 60 y 90 días | <b>USUARIO</b>   | IREVOLLO        |
| <b>AGENCIA</b>             | APARTADO   | <b>TELÉFONO</b>      | 6045011949                   | <b>DIRECCIÓN</b> | CALLE 96 #99-27 |
| <b>FECHA DE EXPEDICIÓN</b> |            |                      |                              |                  |                 |
| 18                         | 10         | 2024                 | <b>VIGENCIA DE LA POLIZA</b> |                  |                 |
| DD                         | MM         | AAAA                 | DESDE                        | DD               | MM              |
|                            |            |                      | 27                           | 10               | 2024            |
|                            |            |                      | AAAA                         |                  |                 |
|                            |            |                      | HASTA                        | DD               | MM              |
|                            |            |                      | 27                           | 10               | 2025            |
|                            |            |                      | AAAA                         |                  |                 |
|                            |            |                      | HORA                         |                  |                 |
|                            |            |                      | 24:00                        |                  |                 |
|                            |            |                      | HORA                         |                  |                 |
|                            |            |                      | 24:00                        |                  |                 |
| <b>FECHA DE IMPRESIÓN</b>  |            |                      |                              |                  |                 |
| 21                         | 10         | 2024                 |                              |                  |                 |
| DD                         | MM         | AAAA                 |                              |                  |                 |

## DATOS GENERALES

|                     |                           |              |                             |                   |            |
|---------------------|---------------------------|--------------|-----------------------------|-------------------|------------|
| <b>TOMADOR</b>      | TRANS PORT SAS            | <b>EMAIL</b> | trans-port@somosintegra.com | <b>NIT/CC</b>     | 901469795  |
| <b>DIRECCIÓN</b>    | CALLE 96 N° 99 - 47       |              |                             | <b>TEL/ MOVIL</b> | 3107063252 |
| <b>ASEGURADO</b>    | INTEGRALTRANS GROUP S.A.S |              |                             | <b>NIT/CC</b>     | 901020834  |
| <b>DIRECCIÓN</b>    | CRA 80C NO. 33-11         | <b>EMAIL</b> | gerenciaintegra@hotmail.com | <b>TEL/ MOVIL</b> | 2504633    |
| <b>BENEFICIARIO</b> | PASAJEROS AFECTADOS       |              |                             | <b>NIT/CC</b>     | 123111111  |
| <b>DIRECCIÓN</b>    |                           | <b>EMAIL</b> | notiene@notiene.com         | <b>TEL/ MOVIL</b> |            |

## DESCRIPCIÓN DEL RIESGO

| DETALLE                                                                                                                                                           | DESCRIPCIÓN                                                                                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| CIUDAD<br>DEPARTAMENTO<br>LOCALIDAD<br>DIRECCION<br>TIPO DE VEHICULO<br>V/ASEGURADO POR PUESTO/PERSONA<br>CAPACIDAD DE PASAJEROS<br>PLACA UNICA<br>CANAL DE VENTA | MEDELLIN<br>ANTIOQUIA<br>CALLE 96 N° 99 - 47<br>CALLE 96 N° 99 - 47<br>BUSES Y BUSETAS<br>100 SMMLV<br>37.00<br>SKR713<br>Directo |

## COBERTURAS Y VALOR ASEGURADO

| DESCRIPCIÓN                          | VALOR ASEGURADO | DEDUCIBLE % | DEDUCIBLE VALOR | PRIMA      |
|--------------------------------------|-----------------|-------------|-----------------|------------|
| Muerte Accidental                    | smmlv 3,700.00  | .00%        |                 | \$ .00     |
| Incapacidad Total y Permanente       | smmlv 3,700.00  | .00%        |                 | \$ .00     |
| Incapacidad Total Temporal           | smmlv 3,700.00  | .00%        |                 | \$ .00     |
| Gastos Médicos                       | smmlv 3,700.00  | .00%        |                 | \$ .00     |
| Protección Patrimonial               |                 | .00%        |                 | \$ .00     |
| Asistencia Jurídica en Proceso Penal |                 | .00%        |                 | \$ .00     |
| RUNT                                 |                 | .00%        |                 | \$2,900.00 |

|                              |                   |               |              |                        |
|------------------------------|-------------------|---------------|--------------|------------------------|
| <b>VALOR ASEGURADO TOTAL</b> | <b>PRIMA NETA</b> | <b>GASTOS</b> | <b>IVA</b>   | <b>TOTAL POR PAGAR</b> |
| \$4,810,000,000.00           | \$734,673.00      |               | \$139,037.00 | \$873,710.00           |

| COASEGURO |               |
|-----------|---------------|
| COMPANIA  | PARTICIPACIÓN |
|           | %             |

| INTERMEDIARIO Y/O FUERZA COMERCIAL DIRECTA |                                       |               |
|--------------------------------------------|---------------------------------------|---------------|
| CÓDIGO                                     | NOMBRE                                | PARTICIPACIÓN |
| 000830514247                               | UNANSE LTDA. AGENCIA DE SEGUROS LTDA. | %             |

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.

# SEGURO R.C. CONTRACTUAL

PÓLIZA  
AA031678

FACTURA  
AB004876



NIT 860028415

## INFORMACIÓN GENERAL

|                            |            |                              |                              |                           |                 |
|----------------------------|------------|------------------------------|------------------------------|---------------------------|-----------------|
| <b>DOCUMENTO</b>           | Renovacion | <b>PRODUCTO</b>              | R.C. CONTRACTUAL             | <b>ORDEN</b>              | 70              |
| <b>CERTIFICADO</b>         | AB004792   | <b>FORMA DE PAGO</b>         | Con.Cuota a 30, 60 y 90 días | <b>USUARIO</b>            | IREVOLLO        |
| <b>AGENCIA</b>             | APARTADO   | <b>TELÉFONO</b>              | 6045011949                   | <b>DIRECCIÓN</b>          | CALLE 96 #99-27 |
| <b>FECHA DE EXPEDICIÓN</b> |            | <b>VIGENCIA DE LA POLIZA</b> |                              | <b>FECHA DE IMPRESIÓN</b> |                 |
| 18 DD                      | 10 MM      | 2024 AAAA                    | DESDE 27 DD                  | 27 MM                     | 10 AAAA         |
|                            |            |                              | HASTA 27 DD                  | 10 MM                     | 2025 AAAA       |
|                            |            |                              |                              | HORA 24:00                |                 |
|                            |            |                              |                              | HORA 24:00                |                 |
|                            |            |                              |                              | 21 DD                     | 10 MM           |
|                            |            |                              |                              |                           | 2024 AAAA       |

## DATOS GENERALES

**TOMADOR** TRANS PORT SAS  
**DIRECCIÓN** CALLE 96 N° 99 - 47  
**EMAIL** trans-port@somosintegra.com  
**NIT/CC** 901469795  
**TEL/MOVI** 3107063252

## TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA ORDEN

RENOVACION DE POLIZA POR SOLICITUD EXPRESA DEL TOMADOR.

ESTA PÓLIZA SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 30/04/2021-1501-P-03-GAUTA00006011602-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**

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.