



SEGUROS  
DEL  
ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL  
EXTRA CONTRACTUAL EN EXCESO SERVICIO PUBLICO PASAJEROS

COLECTIVA PASAJEROS

Expedida en: BOGOTA, D.C.	Sucursal Expedidora CHAPINERO	Cod. Sucursal 14	Punto de Venta NINGUNO	Cod. Punto 0	Ramo 32	No. Poliza 14-32-101000326	No. Grupo 0				
Clase de Documento EMISION ORIGINAL	No. De Documento 0	Fecha Expedición			Vigencia						No de Días 365
					Desde las 24 horas del			Hasta las 24 horas del			
		Día 25	Mes 07	Año 2024	Día 25	Mes 07	Año 2024	Día 25	Mes 07	Año 2025	

DATOS DEL TOMADOR

Nombre : GRUPO EMPRESARIAL JHS S A S Identificación : 900.205.684-3  
Dirección : CR 11 NRO. 26 - 04 SUR Ciudad : BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL Teléfono : 3674635

DATOS DEL ASEGURADO

Asegurado : AVENDAÑO CORONEL, SANDRA LILIANA Identificación : 52.073.395  
Dirección : CASA Ciudad : BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL Teléfono : 2476619

DATOS DEL BENEFICIARIO

Beneficiario : TERCEROS AFECTADOS O LOS DE LEY

DETALLE DE COBERTURAS

DESCRIPCION DEL VEHICULO				MODELO : 2019	
ITEM: 127	PLACA: FSU699	CLASE: CAMIONETA	MARCA: FORD	SERVICIO: PUBLICO	
	CHASIS: 8AFAR23L3KJ134101	MOTOR: SA2PKJ134101	No PASAJEROS: 5	TRAYECTO: ESPECIAL	
AMPAROS	VALOR ASEGURADO		DEDUCIBLES \$ MINIMO		
DAÑOS A BIENES DE TERCEROS	40	SMTLV			
MUERTE O LESIONES CORPORALES A UNA PERSONA	40	SMTLV			
MUERTE O LESIONES CORPORALES A DOS O MAS PERSONAS	60	SMTLV			
AMPARO DE PROTECCION PATRIMONIAL	SI	AMPARA			
ASISTENCIA JURIDICA EN PROCESO CIVIL Y PENAL	SI	AMPARA			
AMPARO DE PERJUICIOS MORALES	SI	AMPARA			
AMPARO DE LUCRO CESANTE DEL TERCERO AFECTADO	SI	AMPARA			

OBSERVACIONES

Valor Asegurado Total	Valor Prima	Gastos Expedición	IVA	RUNT	Total a Pagar	Facturación
\$ *****156,000,000.00	\$ *****80,000.00	\$ *****0.00	\$ *****15,200.00	\$ *****0.00	\$ *****95,200.00	ANUAL/ANTICIPADA

INTERMEDIARIO			COASEGURO		
Nombre	C ave	% de Part.	Nombre Compañía	% Part.	Valor Asegurado
PEDRO HENRY GONZALEZ RAMIREZ	963297	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 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 OCASION DE LA EXPEDICIÓN DE LA PÓLIZA.

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 12/07/2024-1329-P-06-E-RCETPEX-032-M2-D001, ADJUNTA.

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

DIRECCIÓN: CRA. 7 NO. 57 - 67

TÉLEFONO: 2172417 - BOGOTA, D.C.

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

14-32-101000326

F.S.M.A. AUTORIZADA

F.S.M.A. TOMADOR

Oficina Principal: CALLE 83 NO 19-10 Telefono: 601-2186977, 601-6019330

YZFFERLVARADO 26/07/2024

128





SEGUROS  
DEL  
ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL  
EN EXCESO SERVICIO PÚBLICO PASAJEROS

COLECTIVA PASAJEROS

Expedida en: BOGOTA, D.C.	Sucursal Expedidora CHAPINERO	Cod. Sucursal 14	Punto de Venta NINGUNO	Cod. Punto 0	Ramo 33	No. Póliza 14-33-101000340	No. Grupo 0					
Clase de Documento EMISION ORIGINAL	No. De Documento 0	Fecha Expedición			Vigencia						No de Días 365	
		Día 25	Mes 07	Año 2024	Desde las 24 horas del			Hasta las 24 horas del				
						Día 25	Mes 07	Año 2024	Día 25	Mes 07	Año 2025	

DATOS DEL TOMADOR

Nombre : GRUPO EMPRESARIAL JHS S A S Identificación : 900.205.684-3  
Dirección : CR 11 NRO. 26 - 04 SUR Ciudad : BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL Teléfono : 3674635

DATOS DEL ASEGURADO

Asegurado : AVENDAÑO CORONEL, SANDRA LILIANA Identificación : 52.073.395  
Dirección : CASA Ciudad : BOGOTA, D.C. DISTRITO CAPITAL Teléfono : 2476619

DATOS DEL BENEFICIARIO

Beneficiario : PASAJEROS OCUPANTES DEL VEHICULO O LOS DE LEY

DETALLE DE COBERTURAS

DESCRIPCION DEL VEHICULO				VALOR ASEGURADO		DEDUCIBLES \$ MINIMO	
ITEM: 127	PLACA: FEU699	CLASE: CAMIONETA	MARCA: FORD	SERVICIO: PUBLICO		MODELO: 2019	
	CHASIS: BAFAR23L3K0134101	NOTOP: BAFAR0134101	NO PASAJEROS: 5	TRAYECTO: ESPECIAL			
AMPAROS							
MUERTE ACCIDENTAL				100 SMMLV			
INCAPACIDAD PERMANENTE				100 SMMLV			
INCAPACIDAD TEMPORAL				100 SMMLV			
GASTOS MEDICOS				100 SMMLV			
AMPARO DE PROTECCION PATRIMONIAL				SI AMPARA			
ASISTENCIA JURIDICA EN PROCESO CIVIL Y PENAL				SI AMPARA			
AMPARO DE PERJUICIOS MORALES				SI AMPARA			
AMPARO DE LUCRO CESANTE DEL PASAJERO AFECTADO				SI AMPARA			

OBSERVACIONES

Valor Asegurado Total \$ *****260,000,000.00	Valor Prima \$ *****62,000.00	Gastos Expedición \$ *****0.00	IVA \$ *****11,780.00	RUNT \$ *****0.00	Total a Pagar \$ *****73,780.00	Facturación ANUAL/ANTICIPADA
---	----------------------------------	-----------------------------------	--------------------------	----------------------	------------------------------------	---------------------------------

INTERMEDIARIO			COASEGURO		
Nombre	Cave	% de Part.	Nombre Compañía	% Part.	Valor Asegurado
PEDRO HENRY GONZALEZ RAMIREZ	963280	100.00			

PLAN DE PAGO: CONTADO

TERMINO PARA EL PAGO DE LA PRIMA: CONFORME AL PACTO EN CONTRARIO QUE PREVEE EL ARTICULO 1006 DEL CODIGO 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 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 OCASION DE LA EXPEDICIÓN DE LA PÓLIZA.

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA. LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 12/07/2024-1329-P-06-E-RCCTPEX-033-M2-D001, ADJUNTA.

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

DIRECCIÓN: CRA. 7 NO. 57-67

TELÉFONO: 2172417 - BOGOTÁ, D.C.

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

14-33-101000340

FIRMA AUTORIZADA

FIRMA TOMADOR

Oficina Principal: CALLE 83 NO 19-10 Teléfono: 601-2186977, 601-6019330

YEFFERLVARADO 26/07/2024

128