

BANCO GNB SUDAMERIS

CERTIFICA

Que el cliente **JONATHAN BAYONA CHALPARIZAN**, con número de **CEDULA DE CIUDADANIA 1000154153**, se encuentra vinculado comercialmente a nuestra entidad a través del siguiente producto:

PRODUCTO	NÚMERO	ESTADO	FECHA DE APERTURA
Cuenta de Ahorros	91240002020	Activa	19/02/19

Se expide a solicitud del cliente en la ciudad de Bogotá D.C., a los (29) días del mes de abril 2022

Cordialmente,


SANDRA SANTANDER
Director Oficina Chico

BANCO GNB
SUDAMERIS
OFIC. CHICO

Página 1 de 1

DIRECCIÓN GENERAL
CARRERA 7 No. 75-85/87 - Bogotá, D.C.
COMUTADOR 275 00 00

www.gnbsudameris.com.co

Línea de Servicio al Cliente GNB en Contacto en Bogotá 307 77 07 y 01 8000 910499 - 01 8000 910660 desde otras ci

RAZON SOCIAL EMPRESA
DIGITAX EMPRESARIAL SAS

NIT
900966525

DIRECCION DE LA EMPRESA

CALLE 29 # 19D-90 BRR P

CIUDAD / MUNICIPIO

SANTA MARTA

FECHA DE EXPEDICION

09-03-2021

VIGENCIA

DESDE

09-03-2021

HASTA

09-03-2023

ENTIDAD QUE EXPIDE

DIRECCION TERRITORIAL MAGDALENA

FIRMA DEL FUNCIONARIO



TO02000229464

Escaneado con CardScanner

Powered by  CardScanner



Libertad y Orden

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE
TARJETA DE OPERACIÓN

No. 232960

No. DE PLACA

WPR220

MARCA

RENAULT

AÑO MODELO

2019

LÍNEA

DUSTER

CLASE DE VEHICULO

CAMIONETA

TIPO DE CARROZERIA

WAGON

COMBUSTIBLE

GASOLINA

MODALIDAD DE SERVICIO

ESPECIAL

CAPACIDAD PASAJEROS

SENTADOS 5

CARGA

DE PIE

KG. 482

RADIO DE ACCION

NACIONAL

NIVEL DE SERVICIO

Generado con Certificado

Powered by 

RESTRICCIÓN MOVILIDAD

BLINDAJE

POTENCIA HP

105

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN

PV0003201901769

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD

**PRENDA - RCI COLOMBIA S.A. COMPAÑIA DE
FINANCIAMIENTO**

FECHA MATRÍCULA

FECHA EXP. LIC. TTO.

FECHA VENCIMIENTO

15/02/2019

15/02/2019

ORGANISMO DE TRÁNSITO

SECRETARIA DE MOVILIDAD MUNICIPAL DE CHIA

640



LT03003367889

Escaneado con CamScanner

Powered by  CamScanner



Libertad y Orden

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10017817563



PLACA	MARCA	LÍNEA	MODELO
WPR220	RENAULT	DUSTER	2019
CILINDRADA CC	COLOR		
1.599	BLANCO GLACIAL (V)		
CLASE DE VEHICULO	TIPO CARROZERIA		
CAMIONETA	WAGON		
NUMERO DE MOTOR	COMBUSTIBLE		
2842Q220016	GASOLINA		
REG	SERVICIO		
N	PÚBLICO		
REG	CAPACIDAD Kg/PSU		
N	5		
REG	NUMERO DE CHASIS		
N	9FBH595KM811865		
REG	IDENTIFICACIÓN		
N	C.C. 52477594		

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)
CHALPARIZAN NIÑO FRANCIA LUCIA

C.C. 52477594

IDENTIFICACIÓN

CATEGORIAS AUTORIZADAS

CATEGORIA	CLASE DE VEHICULO	VIGENCIA	SERVICIO
A2	MOTOCICLETA Y MOTOTRICICLO DE CUALQUIER CILINDRAJE.	23-12-2026	PARTICULAR
B1	AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CUATRIMOTO, CAMPERO, CAMIONETA Y MICROBÚS	14-02-2025	PARTICULAR
C1	AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CAMPERO, CAMIONETA Y MICROBÚS.	14-02-2025	PUBLICO



ESTA LICENCIA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

1606002545042

Escaneado con CertiScanner

Powered by  CertiScanner



REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE
LICENCIA DE CONDUCCIÓN

Libertad y Orden

No. 1000154153

NOMBRE

JONATHAN BAYONA CHALPARIZAN

FECHA DE NACIMIENTO

19-08-2000

SANGRE-RH

O+

FECHA DE EXPEDICIÓN

15-02-2022

RESTRICCIONES DEL CONDUCTOR



ORGANISMO DE TRÁNSITO EXPEDIDOR

SDM - BOGOTA D.C.

Escaneado con Certificado

Powered by Cartificante

19-AGO-2000

FECHA DE NACIMIENTO
BOGOTÁ D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.74

ESTATURA

O+

SEXO

M

G. S. RH

04-SEP-2018 BOGOTÁ D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

ÍNDICE DERECHO



P-1500150-01035879-M-1000154153-20180906

0062506438A 1

1635121860

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.000.154.153

BAYONA CHALPARIZAN

APELLIDOS

JONATHAN

NOMBRES



FIRMA



Escaneado con Certificante

Powered by  Certificante



DATOS PERSONALES

Nombres y apellidos: JONATHAN BAYONA CHALPARIZAN

Tipo de documento: C.C No. Documento: 1000154153

Dirección: CARRERA 79 #5^a-27 SUR

Barrio: AYACUCHO SEGUNDO

SECTOR Telefono: 3507921388

 E-mail: CHALPARIZANTKD@GMAIL.COM

 Eps: At:

 Pensión:

Vacuna Covid 19: JANSSEN Dosis: 1

FORMACION ACADEMICA

Primaria: INEM FRANCISCO DE PAULA SANTANDER

Secundaria: INEM FRANCISCO DE PAULA SANTANDER

Bachillerato: INEM FRANCISCO DE PAULA SANTANDER Técnico:

TECNOLOGO EN EDUCACION FISICA RECREACION Y

DEPORTE Profesional:

IDIOMAS

Español: Si No

Inglés: Si No

Frances: Si No

Otros: NO
Cuales: NO

ULTIMA EXPERIENCIA LABORAL

D28 | 3 | 19 | A 28 | 4 | 22 |

NOMBRE DE LA EMPRESA:

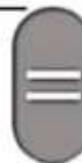
Cargo ocupado: CONDUCTOR DE SERVICIO ESPECIAL

Tareas realizadas: TRANSPORTE Y TURISMO A HUESPES Y EJECUTIVOS

EXPERIENCIA LABORAL COMO CONDUCTOR DE SERVICIO PUBLICO

D28 | 3 | 22A | A D28 | 4 | 22A

NOMBRE DE LA EMPRESA: TRANSRUBIO SAS
(ANEXAR CERTIFICACION)



REFERENCIAS PERSONALES

Nombre: EDUARDO BELTRAN

Parentesco: AMIGO

Ocupación: ACESOR COMERCIAL

Teléfono: 3016453110

E-mail: BATERISTA.BAYONACN@HOTMAIL.COM

Nombre: JUAN HERNANDEZ VELAZQUES

Parentesco: AMIGO

Ocupación: TRANSPORTE ALIMENTOS

Teléfono: 3014641643

E-mail: jehv03128@gmail.com

REFERENCIAS FAMILIARES

Nombre: FRANCIA LUCIA CHALPARIZAN NIÑO

Nombre:

Parentesco: MAMA

Ocupación: ACESORA COMERCIAL

Teléfono: 3507921388 - FRANCALUCIACN@HOTMAIL.COM

Nombre: STEVEN BAYONA CHALPARIZAN

Nombre:

Parentesco: HERMANO

Ocupación: ESTUDIANTE

Teléfono: 3017045416

OTROS CURSOS

Turismo: NO

Servicio al cliente: NO

Escena: SI

Otros: MANIPULACION DE ALIMENTOS

FORMATO PERFIL DEL CARGO Y RESPONSABILIDADES

I. IDENTIFICACIÓN

Nivel del Cargo: Operativo

Área: Gerencia operativa

Denominación del cargo: Prestador de servicios turístico

Versión del documento: 01

Coordinador de operación: Gerente operativo

II. PROPÓSITO PRINCIPAL

Conducir el vehículo el cual es asignado a una o varias bases (Hoteles) atendiendo las necesidades de los huéspedes o personal administrativo cuando se estime necesario.

III. DESCRIPCIÓN DE LAS RESPONSABILIDADES

Trasladar a los huéspedes o personal administrativo según sus requerimientos

Conducir el vehículo, observando siempre las normas de tránsito y procurando de forma permanente que su actividad sea diligente para preservar el bien y la seguridad de las personas.

Mantener en regla los documentos que lo acreditan como conductor y observa que el vehículo a conducir cuente con la documentación exigida por las autoridades competentes.

Revisar el estado del vehículo antes de comenzar la jornada de trabajo y realizar la preoperacional por la plataforma KIOS.

Velar por la buena presentación y orden del vehículo.

Informar oportunamente al gerente operativo acerca de toda colisión o accidente de tránsito por leve que sea que se presente en el cumplimiento de sus funciones con el fin de velar por el buen funcionamiento del vehículo.

Cumplir estrictamente las normas sobre seguridad, prevención de accidentes y demás disposiciones vigentes.

Guardar discreción y reserva en todas las actividades que, por razón del cargo, se le encomiendan.

Las demás funciones asignadas por superior jerárquico en razón a la naturaleza de su cargo.

Hacer buen uso de las herramientas de comunicación como lo son el WHATSAPP Y ZELLO.

IV. CONOCIMIENTOS BÁSICOS O ESENCIALES

1. Seguridad vial.
2. Conocimiento básico en mecánica y electricidad automotriz
3. Atención al cliente

COMUNES

- Aprendizaje continuo.
- Orientación a resultados.
- Orientación al usuario.
- Compromiso con la organización.
- Trabajo en equipo.
- Adaptación al cambio.

POR NIVEL JERÁRQUICO

- Comunicación efectiva
- Relaciones interpersonales.
- Manejo de la información.
- Colaboración.
- Trabajo en equipo.

VI. REQUISITOS DE FORMACIÓN ACADÉMICA Y EXPERIENCIA

FORMACIÓN ACADÉMICA

- Principal: Básica primaria, de acuerdo con el sistema educativo Colombiano del Ministerio de Educación.
- Licencia de conducción vigente. No debe presentar comparendos pendientes.
- Realización de los cursos dispuestos en la plataforma: ESCNA, COVID.

EXPERIENCIA

- Principal: Un (1) año de experiencia en cargos equivalentes en el área y acreditar experiencia en la realización de actividades como conductor de servicio público.

Para constancia se firma a los _____ días del mes de _____ del año
_____,

Elkin Bejarano Moreno
Gerente Operativo

Nombre de Conductor:
Cédula:



AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Por medio del presente documento otorgo mi consentimiento previo, expreso, e informado a **GLOBAL SERVICE LOGISTICS SAS**, empresas con relacionamiento comercial como lo son los hoteles, funcionarios, y huéspedes, registrados para la operación de la actividad para recolectar, almacenar, administrar, procesar, transferir, transmitir y/o utilizar toda información relacionada o que pueda asociarse a mí que le he revelado a **GLOBAL SERVICE LOGISTICS SAS** ahora o en el pasado, para ser utilizada en los términos consignados en esta autorización, y aquella información de carácter sensible, según lo establecido en la normatividad vigente, para ser utilizada bajo las finalidades consignadas en esta Autorización.

Declaro que he sido informado que el Tratamiento de mis Datos Personales y Datos Sensibles se ajustará a la Política de Tratamiento de Datos de **GLOBAL SERVICE LOGISTICS SAS**, a la cual tengo acceso, conozco y sé que puede ser consultada en la página web <https://globalservice.com.co/contacto/> y en las oficinas ubicadas en la Calle 52 No 85° 70 Oficina 301 y 302, Bogotá - Colombia.

Reconozco que, de conformidad con la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y la demás normas que las modifiquen, adicionen o deroguen, mis Datos Personales y Datos Sensibles se almacenarán en las bases de datos administradas por **GLOBAL SERVICE LOGISTICS SAS**, y podrán ser utilizados, transferidos, transmitidos y administrados por ésta, según las finalidades autorizadas, sin requerir de una autorización posterior por parte mía.

La presente autorización se pretende para el tratamiento de sus datos en doble vía entre usted y **GLOBAL SERVICE LOGISTICS SAS**, empresas con relacionamiento comercial como lo son los hoteles, funcionarios y huéspedes, registrados para la operación de la actividad y las orientada a:

- a. Para llevar a cabo actividades regulares en el ámbito del desarrollo normal y ordinario de la relación comercial.
- b. Tenerlo informado de productos y/o servicios y cambios y/o actualizaciones y/o vencimientos de estos que puedan interesarle.
- c. Gestiones derivadas de las relaciones contractuales y/o extracontractuales.
- d. Cumplir con las necesidades y exigir los derechos correlativos en relación con los clientes y proveedores, incluyendo, pero sin limitarse a la verificación de la información brindada, el análisis de referencias comerciales y en general el análisis de toda la información brindada, entre otros.
- e. Prestar y ofrecer sus servicios de acuerdo con las necesidades particulares de los clientes de **GLOBAL SERVICE LOGISTICS SAS**, empresas con relacionamiento comercial como lo son los hoteles, funcionarios y huéspedes.

- f. Cumplir los contratos celebrados con clientes y proveedores, incluyendo, pero sin limitarse a la utilización de los Datos Personales para mercadeo y/o comercialización de nuevos servicios o productos.
- g. Brindar información técnica y comercial de **GLOBAL SERVICE LOGISTICS SAS**, empresas con relacionamiento comercial como lo son los hoteles, funcionarios y huéspedes, registrados para la operación de la actividad.
- h. Proceso de archivo, de actualización de los sistemas, de protección y custodia de información y bases de datos de **GLOBAL SERVICE LOGISTICS SAS**, empresas con relacionamiento comercial como lo son los hoteles, funcionarios y huéspedes, registrados para la operación de la actividad.
- i. La transmisión de Datos Personales a terceros en Colombia y/o en el extranjero, incluso en países que no proporcionen medidas de protección de Datos Personales equiparables a las exigidas por la legislación colombiana, que sean sociedades afiliadas a la Compañía, pertenecientes al mismo grupo empresarial y/o con los cuales se hayan celebrado contratos con este objeto, para fines comerciales, administrativos y/u operativos y/o que se justifique dentro del desarrollo normal de la relación comercial .
- j. Las demás finalidades necesarias para dar cumplimiento a las obligaciones legales y regulatorias, así como de las políticas de **GLOBAL SERVICE LOGISTICS SAS**, empresas con relacionamiento comercial como lo son los hoteles, funcionarios y huéspedes, registrados para la operación de la actividad.

NOMBRE	JONATHAN BAYONA CHALPARIZAN				
NO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	1000154153				
DIRECCIÓN	CARRERA 79A #5 ^a 27 SUR				
TELÉFONO	3507921388				
CORREO ELECTRÓNICO	CHALPARIZANTKD@GMAIL.COM				
FIRMA		FECHA DE AUTORIZACIÓN	DD	MM	AAAA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia Informa:

Que siendo las 11 00 01 AM horas del 03/05/2022, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° 1000154153

Apellidos y Nombres: **BAYONA CHALPARIZAN JONATHAN**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las [**preguntas frecuentes**](#) o acérquese a las [**instalaciones de la Policía Nacional**](#) más cercanas.

Generado con Certificado

Provisto por: 



Erik W W
Ayer 3:12 p. m.



Erik W W
Ayer 3:12 p. m.

Nombre	Sexo	Fecha nacimiento	Edad	Nombre de la madre	Nombre del padre
01 NOV 2021	2017	2017	219	HOME	Medina
					Alvarado
					Alvarado

2. Concepto 1 Inscripción

4. Número de formulario

14641416094



5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 0 0 0 1 5 4 1 5 3

6. DV

0

12. Dirección secundaria

Impresión de Sopresa

14. Díjito verificador

3 2

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión liquidada

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

26. Número de identificación

1 0 0 0 1 5 4 1 5 3

27. Fecha expedición

2 0 1 8 , 0 9 , 0 4

28. País

COLOMBIA

29. Departamento

1 6 9 Bogotá D.C.

30. Ciudad/Municipio

Bogotá D.C. 0 0 1

31. Primer apellido

BAYONA

32. Segundo apellido

CHALPARIZAN

33. Primer nombre

JONATHAN

34. Otras nombres

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigue -

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

39. Departamento

1 6 9 Bogotá D.C.

40. Ciudad/Municipio

1 1 Bogotá D.C. 0 0 1

41. Dirección principal

CL 33 A SUR 78 Q 03

42. Correo electrónico

batenista.bayonach@hotmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 5 0 7 9 2 1 3 8 8 45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código 8 2 9 9 | 47. Fecha inicio actividad 2 0 1 9 0 8 2 0

Actividad secundaria

48. Código | 49. Fecha inicio actividad

Otras actividades

50. Código | 1 | 2 |

Ocupación

51. Código |

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26

53. Código 4 9

49. No responsable de IVA

Obligados aduaneros

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

Exportadores

55. Forma | 56. Tipo | Servicio | 1 | 2 | 3 |

57. Modo |

58. CPC |

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las sanciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario (RUT), tendrá vigencia inmediata y en consecuencia no se exigirá su renovación.

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Áreas SI NO

60. Nro. de Faks:

1

61. Fecha: 2019 - 08 - 20

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adoptarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.

Parágrafo del artículo 1.8.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016

Firma del solicitante

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:594. Nombre: ZAMBRANO MONTERO YISELLA
595. Carga: Analista II

SOAT

PÓLIZA DE SEGURO DE DAÑOS CORPORALES CAUSADOS A LAS PERSONAS EN ACCIDENTES DE TRÁNSITO

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA		
AÑO	MES	DÍA	AÑO	MES	DÍA
2022	2	14	2022	2	15



ASEGURADORA

seguros
mundial[®]
tu compañía siempre

Nº. DE PÓLIZA	PLACA N°.	CLASE DE VEHÍCULO	SERVICIO	CILINDRAJE/VATOS	MODELO
82951239 - 605365077	WPR220	S. PUB. INTERMUNICIPAL	PÚBLICO	1599	2019

PASAJEROS	MARCA	RENAULT	CARROZERÍA
5	LÍNEA VEHÍCULO	DUSTER	WAGON

Nº. MOTOR	Nº. CHASIS & Nº. SERIE	Nº. VIN	CAPACIDAD TON.
2842Q220016	9FBHSR595KM811865	9FBHSR595KM811865	0,48

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR	TELÉFONO DEL TOMADOR	TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	Nº. DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR
FRANCIA CHALPARIZAN	3158147921	CC	52477594	CHIA

Escaneado con Certificado

Protegido por 

FRANCIA CHALPARIZAN		3158147921	CC	52477594	CHIA
CÓDIGO DE ASEGURADORA	CÓD. SEGURO/EXPEDIDORA	CLAVE PRODUCTOR	NR. FOLIO/ULARIO	CIUDAD EXPEDICIÓN	
1317	14	80001522	82951239	11001	
TARIFA	PRIMA SOAT	CONTRIBUCIÓN PESO	TASA RUMT	AMPAROS POR VICTIMA	
91	\$ 639.000	\$ 369.200	\$ 1.900	A. GASTOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS, FARMACÉUTICOS Y HOSPITALARIOS	800
TOTAL A PAGAR				B. INCAPACIDAD PERMANENTE	180
\$ 1.010.100				C. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS	750
				D. GASTOS DE TRANSPORTES Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS	10
SALARIOS MÍNIMOS LEGALES DIARIOS VIGENTES					

[Handwritten signature]



¡Ahora que estás a salvo! ingresa al Club Tu Beneficio Mundial y disfruta **descuentos y promociones** de manera ilimitada en diferentes establecimientos de comercio a Nivel Nacional: registro.tubeneficiomundial.com Cuando te registres en el enlace recibirás un correo electrónico de forma automática, ábrelo y haz clic en el botón **UNIRTE**, crea tu contraseña y ya disfrutar por montón en www.tubeneficiomundial.com

Señor usuario tenga en cuenta las siguientes recomendaciones:

- Recuerde portar siempre su SOAT, las autoridades de tránsito se lo pueden solicitar en cualquier momento.
- Recuerde validar que su poliza está registrada en el RUMT.
- Este atento al momento en que deba renovar su poliza. No tener SOAT vigente acarrea multas económicas.

Habeas data:

Dando cumplimiento a ley 1581 de 2012 y su decreto reglamentario, sus datos serán tratados de conformidad con la Política de Protección de Datos Personales que se encuentra publicada en

Escaneado con CamScanner

Powered by 



REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE
MINISTERIO DE AMBIENTE Y
DESARROLLO SOSTENIBLE

RUNT
REGISTRO ÚNICO NACIONAL DE TRÁNSITO



CERTIFICADO DE REVISIÓN TÉCNICO MECÁNICA Y DE EMISIÓNES CONTAMINANTES
No. 158066651

DATOS CENTRO DIAGNÓSTICO

Entidad que expide el certificado: CDA AUTOMOTOS S A S

NIT: 900771073 No. de Certificado de
Acreditación: 15-OIN-010-001

Fecha de expedición: 2022/02/11 Fecha de vencimiento: 2023/02/11

DATOS VEHÍCULO

PLACA:	WPR220	CLASE:	CAMIONETA
MARCA:	RENAULT	MODELO:	2019
SERVICIO:	Público	COMBUSTIBLE:	GASOLINA
CIUDRAJE:	1599	NRO. MOTOR:	2842Q220016
NRO. CHASIS:	9FBHSR595KM811865	VIN:	9FBHSR595KM811865
LÍNEA:	DUSTER		
COLOR:	BLANCO GLACIAL (V)		

NOMBRE PROPIETARIO: FRANCIA L. CHALPARIZAN N.

FIRMA DEL RESPONSABLE

NIDIA YANNETH CIFUENTES HERNANDEZ



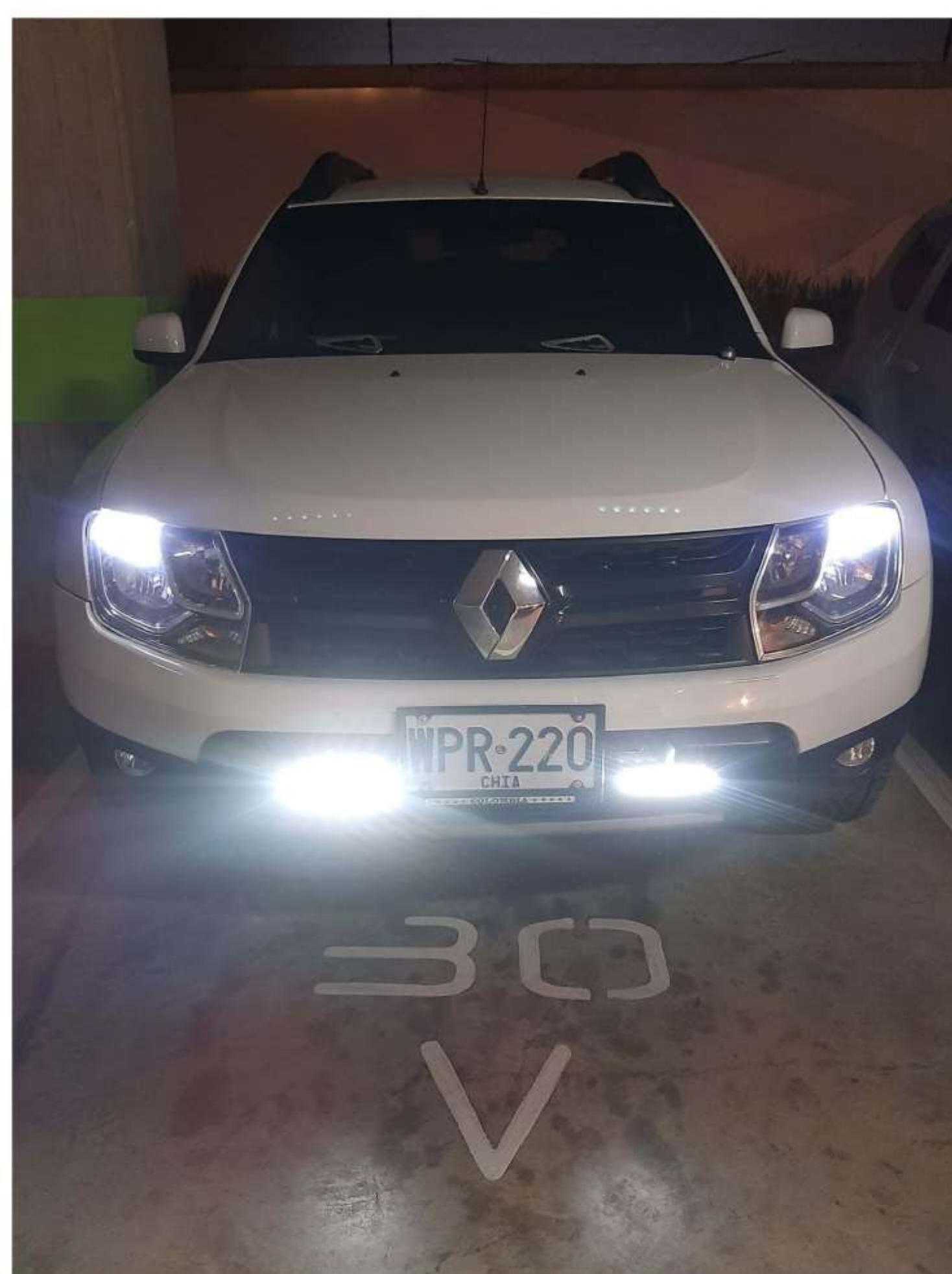
Encuentra tu Coche Usado

Powered by  Carvana



Encuadrado con CarScanner

Powered by  CarScanner



BOGOTA, MAYO 03 DE 2022

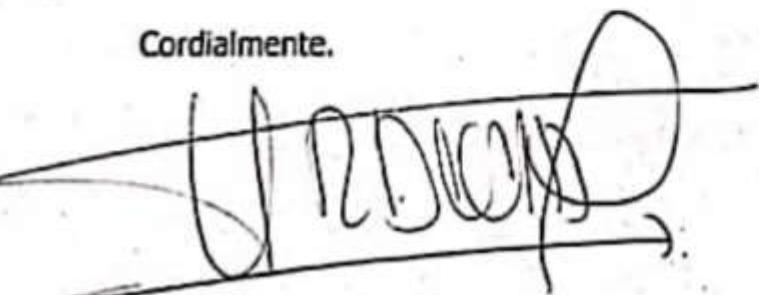
SEÑORES
GLOBAL SERVICE LOGISTICS SAS
Ciudad.

ASUNTO: CARTA DE AUTORIZACION

Como propietaria del vehículo con placas WPR 220 autorizo al señor Jonathan Bayona Chalparizan con CC 1000154153 para recibir por parte de ustedes los abonos al Banco Gnb Sudameris cuenta de Ahorros N. 91240002020 titular JONATHAN BAYONA CHALPARIZAN

Quedo atenta.

Cordialmente.



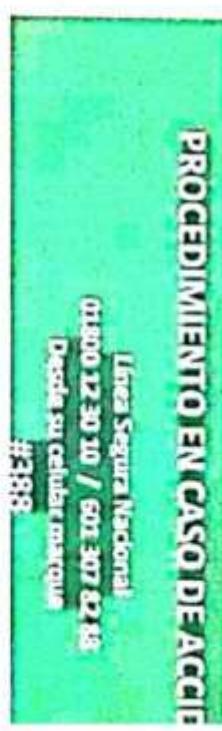
FRANCIA CHALPARIZAN
CC 52477594 BOGOTA
Celular 3158147921
Correo: francialuciacion@hotmail.com

POLIZA ACCIDENTES PERSONALES COLECTIVOS

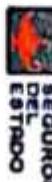
SEGUROS
DEL
ESTADO

PÓLIZA No.	3730101020204	VIGENCIA	DESPDE	HASTA
	3731101021580	02/04/2022	02/04/2023	

PROCEDIMIENTO EN CASO DE ACCIDENTE



ASEGURADO DIGITAX EMPRESARIAL S.A.S. Y/O PROPIETARIOS Y/O AFILIADOS



- Solicite la intervención de las autoridades y el levantamiento de croquis, tome nombres y teléfonos de los testigos y datos relacionados con los terceros.

- No haga ningún arreglo con los terceros ni admita responsabilidad.

- En caso de muertos la autoridad asume la situación.

- En caso de heridos, estos se conducen a la clínica u hospital más cercano aportando Fotocopia de SOAT.

- De aviso a la compañía dentro de la 24 horas siguientes al accidente.

PLACA	MARCA	RENAULT
WPR220		

2019

MODELO	SERVICIO	PUBLICO



Pólizas de Responsabilidad Civil

Número de póliza	Fecha expedición	Fecha inicio de vigencia	Fecha fin de vigencia	Entidad que expide	Tipo de póliza	Estado	Detalle
03730101020204	<input type="text"/> 28/03/2022	<input type="text"/> 02/04/2022	<input type="text"/> 02/04/2023	SEGUROS DEL ESTADO S.A.	Responsabilidad Civil Extracontractual	VIGENTE	Detalle
03731101021580	<input type="text"/> 28/03/2022	<input type="text"/> 02/04/2022	<input type="text"/> 02/04/2023	SEGUROS DEL ESTADO S.A.	Responsabilidad Civil Contractual	VIGENTE	Detalle
AA016234	<input type="text"/> 26/02/2021	<input type="text"/> 02/03/2021	<input type="text"/> 02/04/2022	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES	Responsabilidad Civil Extracontractual	INACTIVA	Detalle

Generado con Certificado

Powered by

**FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES
AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD**



No. de Recetación	Fecha de Recetación 0 2 0 4 3 0 2 2										compensar	salud	eps		
I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea los instrucciones que se encuentran anexos al formulario antes de diligenciarlo)															
1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Clase	4. Régimen	5. Tipo de afiliado: A. Colaborador	6. Cabeza de familia	7. C. Dependiente	8. Código (a registrarse por la EPS)								
A. Afiliación	A. Individual: - Colaborante o cabeza de familia - Dependiente o cónyuge o hijo	B. Colectiva C. Institucional D. Cárds	A. Contributivo B. Subsidiado	A. Colaborador	B. Cabeza de familia	C. Dependiente									
8. Reporte de beneficiarios															
A. AFILIACIÓN B. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (para cotizante o cabeza de familia)															
9. Apellidos y nombre* BAYONA		CHALPARIZAN		JONATHAN		Apellido Paterno		Apellido Materno							
10. Tipo de documento de identidad		11. Número de documento de identidad		1.000.154.153		12. Sexo: Femenino		13. Sexo: Masculino		14. Fecha de nacimiento 0 1 0 1 1 9 7 0					
III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)															
11. Etnia	12. Discapacidad	13. Firma: SISBEN	14. Grupo de población especial	15. Admisión a través de riesgos laborales - ARL	16. Adm. a través de personas										
17. Ingreso bruto de cotización - IBC 1.000.000	18. Resistencia														
Calle domicilio: BOGOTÁ, Zona Urbana, Localidad: BOGOTÁ															
IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero/a permanentemente cotizante)															
19. Apellidos y nombres		20. Tipo de documento de identidad		21. Número de documento de identidad		22. Sexo: Femenino		23. Sexo: Masculino		24. Fecha de nacimiento			25. Sexo: Femenino		
Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales															
26. Apellidos y nombres		27. Tipo de documento de identidad		28. Número de documento de identidad		29. Sexo: Femenino			30. Sexo: Masculino			31. Sexo: Femenino			
Primer Apellido Segundo Apellido Primer nombre Segundo nombre															
31. F1	32. F2	33. F3	34. F4	35. F5	36. F6	37. F7	38. F8	39. F9	40. F10	41. F11	42. F12	43. F13	44. F14		
32. Fecha de nacimiento:		33. Parentesco		34. Etapa de vida:		35. Municipio / Distrito		36. Zona Urbana / Rural		37. Departamento		38. Teléfono fijo y/o celular		39. Valor de la UPC afiliado/a (a registrar por la EPS)	
Selección de la IPS Primaria												V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO			
40. Nombre de la Institución prestadora de servicios de salud - IPS		41. Código de la IPS (a registrar por la EPS)		42. Nombre o razón social		43. Número del documento de identificación			44. Tipo de documento de identificación o pagaré en poder otros (a registrar por la EPS)						
45. Urvacan															
VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD															
46. Tipo de Novedad		47. Inducción de beneficiarios o de afiliados adicionales		48. Actualización de datos de identificación		49. Evaluación de beneficiarios o de afiliados adicionales		50. Hora de nacimiento		51. Movilidad					
1. Actualización datos básicos de identificación		2. Creación datos básicos de identificación		3. Actualización documento de identidad		4. Actualización y comentarios de datos complementarios		5. Terminación de la inscripción en la EPS		6. Regimen Contributivo		7. Regimen Subsidiado			
52. Reinscripción en la EPS		53. Reporte por Medicamentos		54. Reporte de movilidad		55. Reporte de protección al consumidor		56. Reporte de la calidad de Pre-para-estación		57. Reporte de la calidad de Prestación					
VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES															
49. Declaración de competencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.												51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere en la elaboración del reporte de novedades a la base de datos de afiliados elegidos y a las entidades públicas que con sus funciones lo requieren.			
50. Declaración de la no obligación de informar al Régimen Contributivo, Excepción o de Excepción.												52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del colaborante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo establecido en la Ley 1011 de 2001 y el Decreto 1227 de 2013.			
53. Declaración de existencia de recursos de fuerza mayor o casos fortuitos que impidan la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.												53. Autorización para que la EPS envíe informes sobre las condiciones de atención de los pacientes a las autoridades competentes.			
54. Declaración de mi inscripción, del cónyuge, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.												55. Declaración de la autorización de los beneficiarios o afiliados adicionales a la entrega de informes de salud.			
56. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del colaborante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.												56. Declaración de la autorización de los beneficiarios o afiliados adicionales a la entrega de informes de salud.			
VIII. FIRMAS															
57. Declaración de la autorización de los beneficiarios o afiliados adicionales a la entrega de datos y documentos a la EPS.															
IX. ANEXOS															
58. Anexo: copia del documento de identidad: CC () Céd. () N.C. () Cart. () T.I. () Céd. () CC () Céd. () PA () Cart. () Céd. () Céd. () Céd. () N.C. () Cart. () T.I.												59. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de nulidad.			
57. Copia del documento de identidad que acredite la condición de beneficiario.												60. Documentos en los que consta la pertenencia al paciente preventivo, o el certificado de defunción de los padres o la declaración escrita por el colaborante sobre la inscripción de los tres padres.			
58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de constatación o sentencia judicial que declare la unión marital.												61. Copia de la constancia de inscripción en la Tercera Administración Nacional de Salud.			
59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare la separación, sentencia judicial que declare la separación de cónyuge y escritura pública, acta de constatación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.												62. Certificación de inscripción en la EPS.			
60. Copia del certificado de adopción o acta de nacimiento del menor.												63. Copia de la autorización de inscripción por parte de la Tercera Administración Nacional de Salud.			
61. Copia del certificado de adopción o acta de nacimiento del menor.												64. Certificación de inscripción a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.			
X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL												65. Copia del acto administrativo o pronunciamiento de los autoridades competentes en la que consta la calidad de beneficiario o la unión de la afiliación de cónyuge.			
66. Ident. Fiscal de la entidad territorial. Código del Municipio		67. Código del SISBEN		68. Fecha de radicación de la solicitud		69. Fecha de validación									
69. Número de la fecha		70. Fecha		71. Mes		72. Año									
73. Número de la hora		74. Hora		75. Minuto		76. Segundo									
XI. DATOS DEL FIRMANTE QUE REALIZA LA VALIDACIÓN															
77. Tipo de documento de identidad		78. Número de documento de identidad		79. Firma del firmante		80. Firma del firmante									
XII. OBSERVACIONES															

Recuerde que con la firma de los formularios, el usuario manifiesta la veracidad de la información registrada y que las declaraciones contenidas en el certificado están formularios.

CUESTIONARIO CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DEL AFILIADO Y
DEL PACIENTE EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL
EN SALUD Y DE LA CARTA DE DESEMPEÑO



¿Previo diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?

SI

NO

¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo la entrega de la carta de Desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?

SI

NO

¿Leyó el contenido de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?

SI

NO

¿Leyó el contenido de la carta de desempeño de la EPS?

SI

NO

¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS?

SI

NO

Como cotizante y representante de mi grupo familiar, hago constar mediante mi firma que compartiré la presente carta de derechos y deberes y carta de desempeño de la EPS con mis beneficiarios.

Firma del afiliado: _____

No. Identificación: _____

FIRMA A RUEGO (Diligenciar exclusivamente cuando el cotizante no pueda firmar)

A ruego de (la) señor (a) _____ con C.C. No. _____ lo hace en su nombre, el (la) señor(a) _____ con C.C. No. _____ mayor de

edad y sin ningún impedimento para dar fe de la información que se está entregando, quien además actúa como testigo, certificando que la huella dactilar del dedo índice de la mano derecha pertenece al (la) señor(a) _____

Firma a Ruego: _____

Nombres y apellidos: _____

Nombres y apellidos de quien no sabe firmar: _____

Identificación: _____

Identificación: _____

Edad: _____



Dirección: _____

de domicilio: _____

Huella

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Autorizo de manera voluntaria, explícita, previamente informada e inequívoca a todos los servicios de salud Compensar EPS, de acuerdo a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, Decreto 1377 de 2013 y el Decreto 886 de 2012, para tratar mi información personal, según lo establecido en su Manual de Protección de Datos Personales, disponible en: www.compensar.com / vínculo protección Datos Personales; información que será utilizada en el desarrollo de las funciones propias para:

- Dar cumplimiento a obligaciones contraídas conmigo y/o mis beneficiarios.
- Dar cumplimiento a requerimientos legales y de organismos de control.
- Proveer y/o evaluar la calidad de los productos y/o servicios requeridos por mí.
- La realización de estudios internos sobre fines estadísticos y analíticos de los datos, para mejoras de nuestros servicios o programas especializados de atención en salud; información sobre la cual podrá, en cualquier momento, ejercer mis derechos de Habeas Data, para solicitar que no se me envíe información de los servicios en los casos que sea pertinente, y que no afecte el servicio de salud prestado por Compensar EPS.
- Transmitir mis datos personales a las administradoras encargadas de la seguridad social, con el fin de actualizar el estado de mi afiliación y/o traslado en el sistema.

• Compartir mis datos personales con la Caja de Compensación Familiar Compensar para efectos de la prestación de servicios de salud.

Cabe anotar, que la protección de los datos personales se efectúa a través de proveedores tecnológicos, con los cuales se tienen firmados contratos de transmisión de información, en aras de cumplir a cabalidad con los principios de acceso de la ley, así como de tomar las medidas técnicas y tecnológicas necesarias para el aseguramiento de los datos.

Como titular de la información personal sobre la que Compensar EPS ejerce el tratamiento, se me informa sobre los canales a través de los cuales puedo ejercer mis derechos a conocer, actualizar, rectificar, suprimir mis datos personales, entre ellos el correo electrónico protecciondedatos@compensar.com, y la central telefónica de la EPS.

La protección de datos personales efectuada por Compensar EPS, cumple con los principios de finalidad, necesidad, circulación restringida, confidencialidad y seguridad señalados en la Ley 1581 de 2012 y manifiesto expresamente que conozco dónde consultar la información sobre protección de datos personales, así como los efectos y alcance de la presente autorización y que estoy libre de todo vicio del consentimiento en el momento de otorgarla.

Firma del afiliado: _____

No. Identificación: _____



POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

NIT 880.011.153-6
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
www.positiva.gov.co



2022050203100015415301

**FORMULARIO DE AFILIACIÓN DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE A
LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES**

SEÑOR CONTRATISTA

Recuerde que una vez cumplida la fecha de terminación de la afiliación, Si usted desea continuar con el cobrimiento ante nuestra ARL, lo invitamos a que ingrese al portal transaccional y registre la novedad respectiva.

I. DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

* TIPO DOC. CC	PRIMER APELLIDO BAYONA
No. DE DOCUMENTO 1000154153	SEGUNDO APELLIDO CHALPARIZAN
PRIMER NOMBRE JONATHAN	SEGUNDO NOMBRE
* FECHA NACIMIENTO 1970 01 01	SEXO M <input checked="" type="checkbox"/> NACIONALIDAD COLOMBIA
EPS ACTUAL COMPENSAR E.P.S.	APP ACTUAL COLPENSIONES ADMINISTRADORA C
DIRECCIÓN RESIDENCIA CL 33 A SUR 78Q 03	
DEPARTAMENTO BOGOTA D.C.	MUNICIPIO BOGOTA D.C.
CELULAR O TELÉFONO FIJO 3142888561	CORREO ELECTRÓNICO P.OSI.TIVA0.92020@GMAIL.COM

II. INFORMACIÓN DE LA AFILIACIÓN O DEL CONTRATO

TIPO: ADMINISTRATIVO <input type="checkbox"/> COMERCIAL <input checked="" type="checkbox"/> CIVIL <input type="checkbox"/> PÚBLICO <input type="checkbox"/> PRIVADO <input checked="" type="checkbox"/>	SUMINISTRO DE TRANSPORTE SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	
* FECHA INICIO 2022 05 02	* FECHA DE TERMINACIÓN 2024 05 02	No. DE MESES 24
DÍAS Y HORARIO DE TRABAJO LUNES <input checked="" type="checkbox"/> MARTES <input checked="" type="checkbox"/> MIERCOLES <input checked="" type="checkbox"/> JUEVES <input checked="" type="checkbox"/> VIERNES <input checked="" type="checkbox"/> SABADO <input checked="" type="checkbox"/> DOMINGO <input checked="" type="checkbox"/> DE 06:00 AM <input checked="" type="checkbox"/> HASTA 06:00 AM <input checked="" type="checkbox"/>		
VALOR TOTAL \$10902312	VALOR MENSUAL \$454263	* INGRESO BASE DE COTIZACIÓN \$1000000
* ACTIVIDAD A EJECUTAR EMPRESAS DEDICADAS AL TRANSPORTE NO REGULAR INDIVIDUAL		CÓDIGO 460310150 ARL
CARGO U OCUPACIÓN AUXILIAR		TAXISTA SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
DIRECCIÓN CL 63 72 21 SUR		
DEPARTAMENTO BOGOTA D.C.	MUNICIPIO BOGOTA D.C.	

III. INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE, EMPRESA TRANSPORTADORA (Habilitada por el Ministerio de Transporte para taxistas) O CONTRATANTE PARA INDEPENDIENTE VOLUNTARIO.

* ENTIDAD CONTRATANTE TIPO DOC. NI	* NOMBRE O RAZÓN SOCIAL COMERCIALIZADORA SERRPER E U	
No. DE DOCUMENTO 832005482	DV 8	
CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO 1511101 DE ARL	La clasificación del riesgo se determinará con el mayor entre la clase de riesgo del centro de trabajo del contratante y el propio de la actividad ejecutada por el contratista. (Art. 11 Dec 723/13)	
DIRECCIÓN PRINCIPAL CALLE 63 72-21 SUR		
DEPARTAMENTO BOGOTA D.C.	MUNICIPIO BOGOTA D.C.	
TELÉFONO 2927830	FAX	CORREO ELECTRÓNICO SOSSOLUCIONESINMEDIATAS@GMAIL
* DATOS QUIEN FIRMA CONTRATO TIPO DOC. CC	PRIMER APELLIDO SERRATO	
No. DE DOCUMENTO 79345559	SEGUNDO APELLIDO PEREZ	
PRIMER NOMBRE ALEXANDER	SEGUNDO NOMBRE	

Autorizado por la Superintendencia Financiera para operar el ramo de seguros de Riesgos Laborales, mediante Resolución No. 3187 del 09 de Diciembre de 1995. Para todos los efectos de la legislación y cobertura del Sistema General de Riesgos Laborales.

CON ESTE FORMULARIO SE PERFECCIONA LA AFILIACIÓN DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE AL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES, EL CUAL SE RIGE EN TODOS SUS ASPECTOS POR LO DISPUESTO EN EL DECRETO LEY 1295 DE 1994, LEY 776 DE 2002, DECRETO 723 DE 2013, DECRETO 1563 DE 2016 Y DEMÁS NORMAS QUE MODIFIQUEN, ADICIONEN O SUSTITUYAN.

DECLARO QUE LOS DATOS REGISTRADOS EN ESTE FORMULARIO SON VERÍDICOS Y PUEDEN SER CONFIRMADOS POR LA ENTIDAD ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

PARA USO EXCLUSIVO DE LA ARL	CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA 4603101
	CLASE DE RIESGO 4
	TARIFA 4,35000

*** LA FALSEDAD EN LOS CAMPOS MARCADOS CON (*) GENERAN NULIDAD DEL FORMULARIO Y POR ENDE EN LA AFILIACIÓN**

FIRMA DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

Rev. Noviembre/ 2019

DISTRIBUCIÓN GRATUITA PROHIBIDA SU VENTA

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - TRABAJADOR INDEPENDIENTE



A. Declaro que Positiva Compañía de Seguros S.A. (la "Compañía") me ha informado que el Aviso de Privacidad y el manual de tratamiento de Datos Personales se encuentra publicado en <https://www.positiva.gov.co/tramites-Servicios/habeas-data/Paginas/default.aspx>

B. Declaro que he sido informado que la Compañía podrá recolectar, almacenar, usar, procesar, transmitir, o transferir (el "Tratamiento"), la información vinculada o que pueda asociarse a mí (los "Datos Personales"), para las siguientes finalidades, entre otras: (a) Prestar los servicios de la Compañía de acuerdo con las necesidades particulares de sus clientes, con el fin de brindar los servicios y productos pertinentes; (b) Cumplir los contratos de servicios celebrados con los clientes, incluyendo, pero sin limitarse a la verificación de afiliaciones y suscripciones y del vínculo existente entre los beneficiarios de las pólizas y los asegurados; (c) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor financiero a la Compañía, incluyendo sin limitarse al diligenciamiento de las respectivas solicitudes de seguro y de afiliación a la administración de riesgos laborales, así como cualquier otro necesario para su vinculación a la Compañía; (d) El envío del clausulado o condicionado de las pólizas de seguro y/o del contrato de afiliación a la administración de riesgos laborales de la Compañía a los clientes, en virtud de lo señalado en el artículo 37 de la Ley 1480 de 2011 (Estatuto del Consumidor) o las normas que la modifiquen o adicionen; (e) realizar los procesos de cotización, colocación y ejecución de los seguros de la Compañía, así como la negociación de los contratos, la determinación de primas y la selección de riesgos, incluyendo, pero sin limitarse a la verificación de la capacidad de pago del tomador del seguro; (f) El proceso relativo al trámite, pago y reembolso de siniestros y a la cancelación y revocación del seguro; (g) Realizar el análisis para el control y la prevención del fraude y de lavado de activos, incluyendo, pero sin limitarse a la consulta y reporte a listas restrictivas y a centrales de información de riesgos financieros; (h) Realizar el análisis de riesgos de las solicitudes de seguros o de afiliación a la administración de riesgos laborales que realicen los clientes de la Compañía, con el fin de hacerles recomendaciones para optimizar las pólizas o respecto de otro tipo de seguros que requieran u obtengan los clientes; (i) Realizar las actividades encaminadas a la gestión integral del seguro contratado con el fin de garantizar que los derechos de los clientes siempre sean representados y/o preservados; (j) Enviar información y ofertas comerciales de productos de la Compañía, así como realizar actividades de mercadeo, eventos, capacitaciones, seminarios, talleres y/o actividades de comercialización de servicios y/o productos que preste o que pudiera llegar a prestar u ofrecer la Compañía; (k) Elaborar estudios técnico-actuariales, segmentaciones, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general, estudios de técnica aseguradora, incluyendo, pero sin limitarse a las encuestas de satisfacción sobre los servicios prestados por la Compañía; (l) Cumplir con las obligaciones tributarias y de registros comerciales, corporativos y contables de la Compañía, de acuerdo a las disposiciones legales vigentes; (m) La transmisión de datos a terceros con los cuales se hayan celebrado contratos con este objeto, para fines comerciales, administrativos y/u operativos, incluyendo, pero sin limitarse a la expedición de carnets, de certificados y certificaciones a los clientes y/o a terceros, de acuerdo a las disposiciones legales vigentes; (n) Verificar información jurídica, financiera y técnica en procesos contractuales que adelante la Compañía o terceros; (ñ) Procesos al interior de la Compañía, con fines de desarrollo operativo y/o de administración de sistemas; (o) Las demás finalidades que determinen los Responsables en procesos de obtención de Datos Personales para su Tratamiento, con el fin de dar cumplimiento a las obligaciones legales y regulatorias, así como a las políticas de la Compañía; (p) El proceso de archivo, de actualización de los sistemas y de protección y custodia de información y de bases de datos de la Compañía; (q) Adelantar campañas de actualización de datos; (r) El envío de las modificaciones a las Políticas, así como la solicitud de nuevas autorizaciones para el Tratamiento de los Datos Personales.

C. De acuerdo a lo anterior, declaro que autorizo a la Compañía, sus filiales, vinculadas, controladas, y/o terceros contratados por la Compañía para la ejecución de sus obligaciones contractuales, para el Tratamiento de mis Datos Personales, para las finalidades anteriormente informadas, que se encuentran descriptas en la Política de Tratamiento de Datos Personales, y en el marco de lo establecido en la normatividad vigente, particularmente en la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013, y la Ley 1266 de 2008, y todas aquellas que las modifiquen, adicionen, supriman o reglamenten, ahora o en el futuro, y los que hubieran sido tratados por la Compañía en el pasado, en el cumplimiento de sus deberes legales. Sí No

D. Datos Sensibles: Declaro que he sido informado que la siguiente información es considerada como Datos Sensibles en el marco del presente Contrato: la información relativa al estado de salud e historia clínica, patologías reconocidas, calificación de origen y/o pérdida de capacidad laboral de eventos, antecedentes médicos, antecedentes gineco-obstétricos, datos biométricos y relativos a la vida sexual, y todos aquellos que de acuerdo a la normatividad vigente, se encuentren clasificados como tal. De acuerdo a lo anterior, informo que he otorgado mi autorización voluntaria para que la Compañía pueda recolectar, solicitar, consultar, almacenar, compartir, enviar, reportar, modificar, actualizar, usar, grabar y conservar, y en general, realizar el Tratamiento de mis datos sensibles, ahora o en el futuro, y los que hubieran sido tratados por la Compañía en el pasado, en el cumplimiento de sus deberes legales, e informo que se ha manifestado que los mismos no serán usados para fines distintos a los informados y que en todo caso no podrán ser usados para fines comerciales. Así mismo, autorizo a la Compañía para la solicitud y consulta de historias clínicas y registros médicos que sean necesarios para el cumplimiento de sus obligaciones contractuales. Sí No

E. Declaro y acepto que la Compañía podrá llevar a cabo la transferencia, transmisión, traslado, entrega, y/o divulgación de los Datos Personales a terceros autorizados por mí o por la ley, físicamente, por correo electrónico, o por cualquier medio de comunicación, cuando así se requiera en el cumplimiento de sus deberes legales y/o contractuales, manteniendo siempre los debidos estándares de reserva y seguridad sobre los mismos.

F. Declaro que he sido informado que el Responsable del Tratamiento de los Datos Personales, es Positiva Compañía de Seguros S.A., la cual podrá ser contactada a través de:

Dirección: Avenida Carrera 45 No. 94 – 72 Vicepresidencia de Operaciones - Grupo de Servicio al Cliente. Edificio Positiva Compañía de Seguros, Bogotá D.C.

Correo Electrónico: servicioalcliente@positiva.gov.co

Teléfono: 3307000 en Bogotá y 018000111170 para el resto del país.

Contacto Proceso PQRD.

G. Declaro y acepto que la Compañía me ha informado sobre mis derechos como titular de los Datos Personales, los cuales son:

- Conocer, actualizar y rectificar los Datos Personales frente a los responsables del Tratamiento o encargados del Tratamiento.
- Solicitar prueba de la autorización otorgada al Responsable del Tratamiento salvo cuando expresamente esté exceptuado por la ley, como requisito para el Tratamiento.
- Ser informado, por el responsable del Tratamiento o el encargado del Tratamiento, cuando así se lo solicite, sobre el uso que le ha dado a los Datos Personales.
- Presentar ante la autoridad competente quejas por infracciones a la normativa de protección de datos.
- Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el Tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales, previa verificación por parte de la autoridad competente.
- Acceder gratuitamente a los Datos Personales que hayan sido objeto de Tratamiento.
- Los demás derechos consagrados en la Política de Tratamiento de la Información de Positiva.

Se firma la presente autorización en la ciudad de BOGOTA D.C. a los (02) días del mes de MAYO del año 22

JONATHAN BAYONA CHALPARIZAN

Nombres y Apellidos del Trabajador Independiente

Firma del Trabajador Independiente

LO BUENO DEBE SER PARA TODOS

www.positiva.gov.co

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **JONATHAN BAYONA CHALPARIZAN** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1000154153**, se encuentra afiliado/a desde **29/12/2019** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 02 de mayo de 2022.



Blanca Nubia Ramírez Aldana
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

PAGADA 2022-05-02 13:21:07.0

Se certifica que en la fecha 02/05/2022, la empresa BAYONA CHALPARIZAN JONATHAN, con documento de identificación CC1000154153, canceló los aportes de seguridad social correspondientes al empleado: BAYONA CHALPARIZAN JONATHAN, con CC 1000154153, dirigido a las siguientes entidades.

Tipo Admin	Nit	Código	Nombre
ARP	N860011153	14-23	POSITIVA DE SEGUROS
AFP	N900336004	25-14	COLPENSIONES
EPS	N860066942	EPS008	COMPENSAR EPS

Página 1 de 1

Líneas de Servicio PagoSIMPLE: Bogotá: 4448634 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 89 - Bucaramanga: 643 80 90 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 349 25 82 - Barranquilla: 381 88 90 - Resto del País: 018000 871 371 - (Más que Fácil, SIMPLE!)



Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

Escaneado con CertScanner

Powered by 



PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2022-05-02, 01:24:14 p. m. Tipo Planilla Número Planilla 1045715330

Periodo Cottación 202203

Número Planilla 1045715330

Periodo Servicio 2022/03

PAGADA 2022-05-02 13:21:07.0

1. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	BAYONA CHALPARIZAN JONATHAN		
Documento	CC 1000154153	Dirección	CL 47A SUR #1 - 1
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE		
Tipo Persona	NATURAL		
Ciudad	BOGOTA D.C.		
Representante Legal			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1000154153	Residencia	Exonerado:	N	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Colzania	57	00			BAYONA CHALPARIZAN JONATHAN	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO.

IV. TOTALE'S

Total Aportes Periodo	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajet	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEF	Total Final
COLPENSIONES	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	COMPENSAR EPS	POBLATIVA DE SEGUIMOS	NINGUNA CDF	SENA	ICBF	ESAP	MEF	
\$163.000	\$0	\$0	\$126.000	\$43.000	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$326.000

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá: 44466634 - Cali: 554 0515 - Medellín: 914 66 69 - Bucaramanga: 643 80 60 - Cartagena: 684 54 44 - Pereira: 340 25 92 - Barranquilla: 361 88 59 - Resto del País: 018006 971 971



Kiwiswim.com Classifieds

Powered by Cambridge

BANCO GNB SUDAMERIS

CERTIFICA

Que el cliente **JONATHAN BAYONA CHALPARIZAN**, con número de **CEDULA DE CIUDADANIA 1000154153**, se encuentra vinculado comercialmente a nuestra entidad a través del siguiente producto:

PRODUCTO	NÚMERO	ESTADO	FECHA DE APERTURA
Cuenta de Ahorros	91240002020	Activa	19/02/19

Se expide a solicitud del cliente en la ciudad de Bogotá D.C., a los (22) días del mes de NOVIEMBRE 2022

Cordialmente,

A close-up image of a checkbook cover. The top part of the cover features the text 'BANCO CNB SUDAMERICANO' in a bold, sans-serif font. Below this, the words 'OFIC. CHICO' are written in a larger, bolder font. The bottom right corner of the cover has the number 'A.45' printed on it.

FREDDY NARVAEZ
Director Oficina Chico

2 Concepto 1 Inscripción

4. Número de formulario

14641416094



(415)7707212489984(8020) 0000014641416094

5. Número de identificación Tributaria (NIT)

1 0 0 0 1 5 4 1 5 3 | 0

6. DV

12. Dirección seccional
Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilquida

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

IDENTIFICACIÓN

26. Número de identificación

1 0 0 0 1 5 4 1 5 3

27. Fecha expedición

2 0 1 8, 0 9, 0 4

Lugar de expedición

28. País

COLOMBIA

29. Departamento

Bogotá D.C.

30. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

31. Primer apellido

BAYONA

32. Segundo apellido

CHALPARIZAN

33. Primer nombre

JONATHAN

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

38. País

COLOMBIA

39. Departamento

Bogotá D.C.

41. Dirección principal

CL 33 A SUR 78 Q 03

42. Correo electrónico baterista.bayonacn@hotmail.com

43. Código postal

44. Teléfono

3 5 0 7 9 2 1 3 8 8 | 45. Teléfono 2

ACTIVIDAD ECONÓMICA

46. Código

47. Fecha inicio actividad

48. Código

49. Fecha inicio actividad

50. Código

1 | 2

51. Código

52. Número establecimientos

8 2 9 9 | 2 0 1 9, 0 8, 2 0

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26

53. Código

4 9

49. No responsable de IVA.

Obligados aduaneros

1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10

11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20

54. Código

55. Forma | 56. Tipo | Servicio | 1 | 2 | 3

57. Modo

58. CPC

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos Sí No

60. N.º de Folios

1

81. Fecha 2019-08-20

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz, en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.

Parágrafo del artículo 16 1.2.20 del Decreto 1625 de 2016

Firma del solicitante

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice

Firma autorizada

984. Nombre ZAMBRANO MONTERO YISELLA

985. Cargo Analista II

BANCO GNB SUDAMERIS

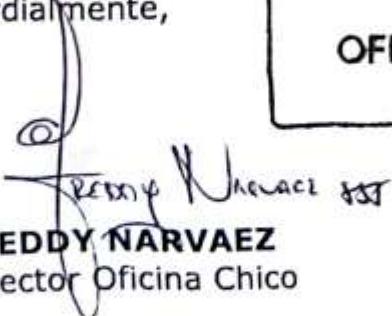
CERTIFICA

Que el cliente **FRANCIA LUCIA CHALPARIZAN NIÑO**, con número de **CEDULA DE CIUDADANIA 52477594**, se encuentra vinculado comercialmente a nuestra entidad a través del siguiente producto:

PRODUCTO	NÚMERO	ESTADO	FECHA DE APERTURA
Cuenta de Ahorros	1035641030	Activa	28/02/07

Se expide a solicitud del cliente en la ciudad de Bogotá D.C., a los (22) días del mes de NOVIEMBRE 2022

Cordialmente,


FREDDY NARVAEZ
Director Oficina Chico



2 Conceptos 1 3 Actualización de oficio



4. Número de formulario

14520995276



(415)7707212489984(8020) 000001452099527 6

1. Número de Identificación Tributaria (NIT) 6. DV 12. Dirección seccional
5 2 4 7 7 5 9 4 1 Impuestos de Bogotá

3 2 14. Buzón electrónico

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente 25. Tipo de documento 26. Número de Identificación
Persona natural o sucesión ilimitada 2 Cédula de Ciudadanía 1 3 5 2 4 7 7 5 9 4
Lugar de expedición 28. País 29. Departamento 30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9 Bogotá D.C. Bogotá, D.C. 0 0 1
31. Primer apellido 32. Segundo apellido 33. Primer nombre
CHALPARIZAN NIÑO FRANCIA
35. Razón social

27. Fecha expedición
1 9 9 6, 0 6, 2 4

36. Nombre comercial

37. Sigla

38. País

COLOMBIA

1 6 9 39. Departamento
Bogotá D.C.40. Ciudad/Municipio
Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal

CR 79 A, 6 05 SUR BL 16 AP 504

42. Correo electrónico francialuciacn@hotmail.com

43. Código postal

44. Teléfono

7 9 6 0 3 0 3 45. Teléfono 2

3 1 5 8 1 4 7 9 2 1

CLASIFICACIÓN

46. Código 47. Fecha inicio actividad
0 0 1 0 2 0 0 7 0 3 0 1

48. Código 49. Fecha inicio actividad
C6500 45. Fecha inicio actividad

50. Código 1 2 Otras actividades

51. Código

52. Número establecimientos

53. Código 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
4 9 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20
49. - No responsable de IVA

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26

Obligados aduaneros										Exportadores																			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	55. Forma	56. Tipo	57. Servicio	1	2	3				
54. Código																													

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI NO

60. N.º de Folios: 0

61. Fecha 2019-05-22

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.

Parágrafo del artículo 151220 del Decreto 1625 de 2016

Firma del solicitante

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice
Firma autorizada

964. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

965. Cargo





REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA



NÚMERO **52.477.594**
CHALPARIZAN NIÑO

APPELLIDOS

FRANCIA LUCIA

NOMBRES



FIRMA

FECHA DE NACIMIENTO

29-MAY-1978

BOGOTÁ D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60

ESTATURA

O+

G.S. RH

F

SEXO

24-JUN-1996 BOGOTÁ D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO



REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA



A-1500150-01014237-F-0052477594-20180612

0061534818A1

9904591329

INDICE DERECHO



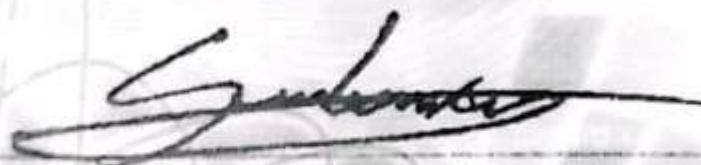
REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.030.697.461**
BAYONA CHALPARIZAN

APELLIDOS

STEVEN

NOMBRES



FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO

27-JUN-1999

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.67

ESTATURA

A+

G.S. RH

M

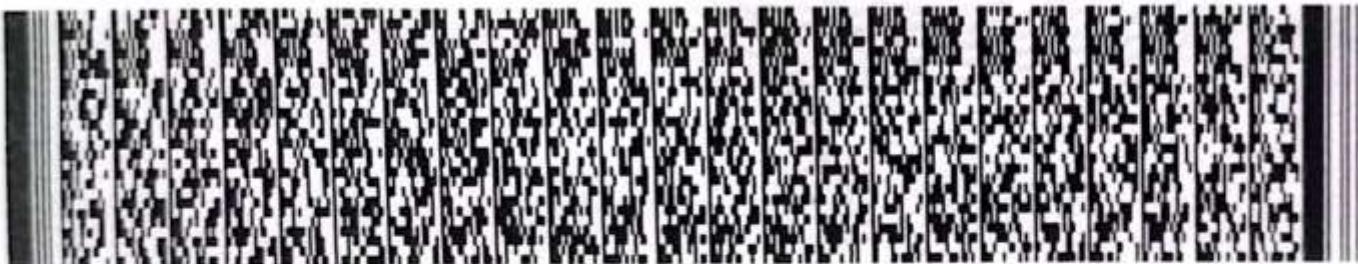
SEXO

04-JUL-2017 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

INDICE DERECHO



P-1500150-00923498-M-1030697461-20170721

0056512993A 2

48674683

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner



Libertad y Orden

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE
LICENCIA DE CONDUCCIÓN

No. 1030697461

NOMBRE

STEVEN BAYONA CHALPARIZAN

FECHA DE NACIMIENTO

27-06-1999

SANGRE-RH

A+

FECHA DE EXPEDICIÓN

08-04-2021

RESTRICCIONES DEL CONDUCTOR

CONDUCIR CON LENTES



ORGANISMO DE TRÁNSITO EXPEDIDOR

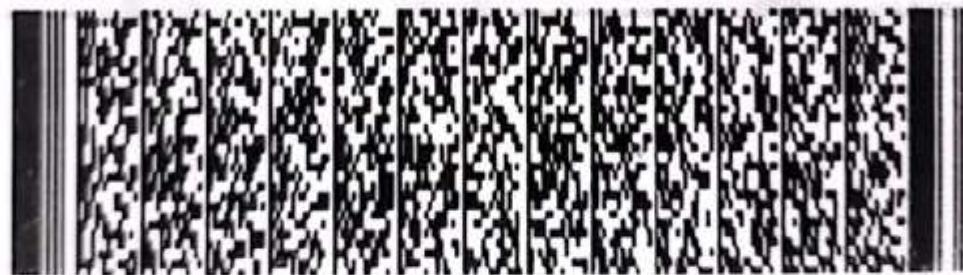
SDM - BOGOTA D.C.

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

CATEGORIAS AUTORIZADAS

CATEGORIA	CLASE DE VEHICULO	VIGENCIA	SERVICIO
A2	MOTOCICLETA Y MOTOTRICICLO DE CUALQUIER CILINDRAJE	06-06-2029	PARTICULAR
B1	AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CUATRIMOTO, CAMPERO, CAMIONETA Y MICROBÚS	08-04-2031	PARTICULAR
C1	AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CAMPERO, CAMIONETA Y MICROBÚS	08-04-2024	PUBLICO



ESTA LICENCIA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

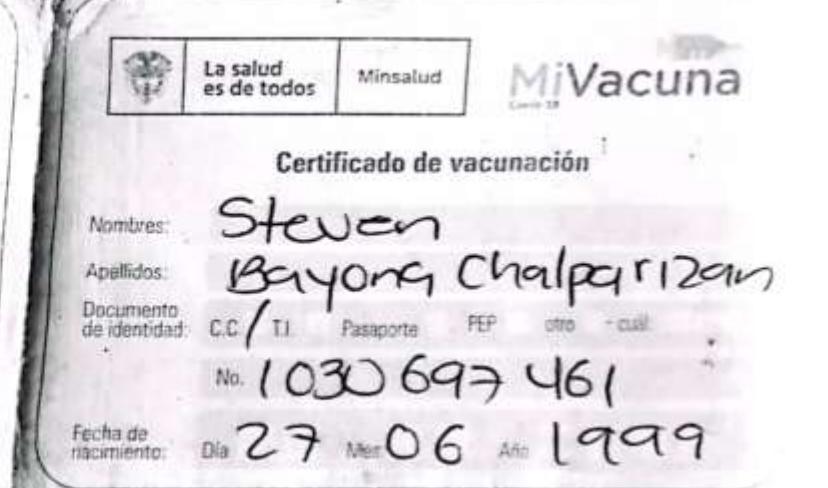
LC06002050952

Powered by  CamScanner

Powered by  CamScanner

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co



Powered by  CamScanner

