



## BANCO GNB SUDAMERIS

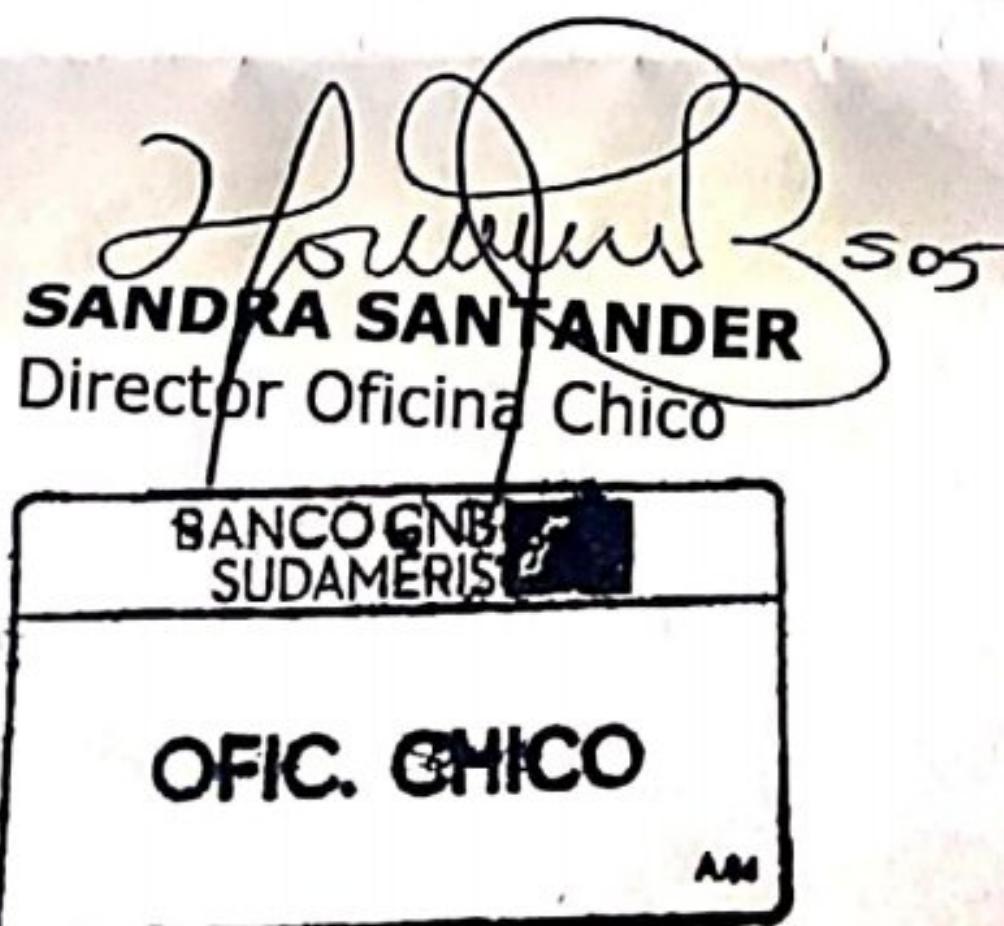
### CERTIFICA

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	<b>91240002020</b>	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,



Página 1 de 1

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

[www.gnbsudameris.com.co](http://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 ciudades

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

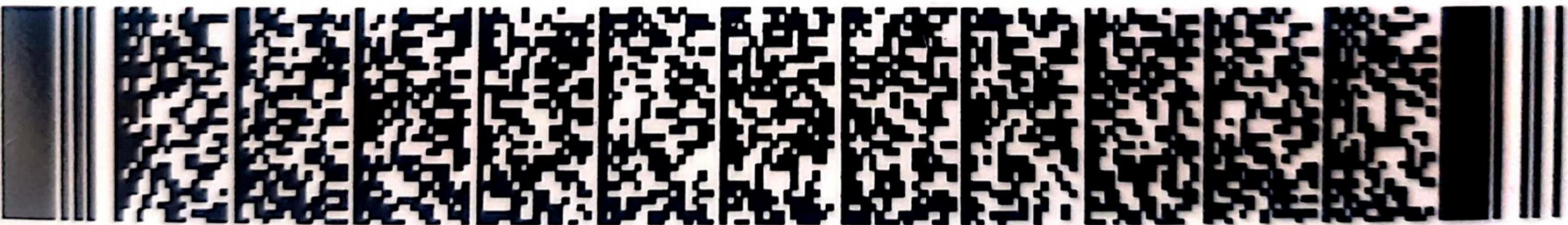
HASTA

09-03-2023

ENTIDAD QUE EXPIDE

DIRECCION TERRITORIAL MAGDALENA

FIRMA DEL FUNCIONARIO



T002000229464

Escaneado con CamScanner



Libertad y Orden

# REPÚBLICA DE COLOMBIA

## MINISTERIO DE TRANSPORTE

# TARJETA DE OPERACIÓN

No. 232960

No. DE PLACA  
**WPR220**

CLASE DE VEHICULO  
**CAMIONETA**

MODALIDAD DE SERVICIO  
**ESPECIAL**

RADIO DE ACCION  
**NACIONAL**

MARCA  
**RENAULT**

TIPO DE CARROZERIA  
**WAGON**

CAPACIDAD PASAJEROS  
SENTADOS **5**

CARGA  
**KG. 482**

COMBUSTIBLE  
**GASOLINA**

NIVEL DE SERVICIO

RESTRICCIÓN MOVILIDAD

BLINDAJE

POTENCIA HP

\*\*\*\*\*

105

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN

PV0003201901769

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD

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

FECHA MATRÍCULA

**15/02/2019**

FECHA EXP. LIC. TTO.

**15/02/2019**

FECHA VENCIMIENTO

\*\*\*\*\*

ORGANISMO DE TRÁNSITO

**SECRETARIA DE MOVILIDAD MUNICIPAL DE CHIA**



**LT03003367889**

Escaneado con CamScanner



Libertad y Orden

**REPÚBLICA DE COLOMBIA**  
MINISTERIO DE TRANSPORTE  
**LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10017817563**



PLACA	MARCA	LÍNEA
WPR220	RENAULT	DUSTER
CILINDRADA CC	COLOR	MODELO
1.599	BLANCO GLACIAL (V)	2019
CLASE DE VEHICULO	TIPO CARROCERIA	SERVICIO
CAMIONETA	WAGON	PÚBLICO
NUMERO DE MOTOR	COMBUSTIBLE	CAPACIDAD KG/PSU
2842Q220016	GASOLINA	5
REG	VIN	
N	9FBH595KM811865	
REG	NÚMERO DE CHASIS	
N	9FBH595KM811865	
REG	IDENTIFICACIÓN	
N	C.C. 5247754	

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)

CHALPARIZAN NIÑO FRANCIA LUCIA

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

VALID 142452 09/20



ESTA LICENCIA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

L605002545043

Escaneado con CamScanner



Libertad y Orden

REPÚBLICA DE COLOMBIA  
MINISTERIO DE TRANSPORTE  
LICENCIA DE CONDUCCIÓN

No. 1000154153

NOMBRE

JONATHAN BAYONA CHALPARIZAN

FECHA DE NACIMIENTO

19-08-2000

SANGRE-RH

O+

FECHA DE EXPEDICION

15-02-2022

RESTRICCIONES DEL CONDUCTOR

ORGANISMO DE TRÁNSITO EXPEDIDOR

SDM - BOGOTA D.C.



19-AGO-2000

FECHA DE NACIMIENTO  
**BOGOTÁ D.C.**  
**(CUNDINAMARCA)**

LUGAR DE NACIMIENTO

**1.74**

ESTATURA

G.S. RH

**M**

SEXO

04-SEP-2018 BOGOTÁ D.C.  
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

ÍNDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL  
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA



P-1500150-01035879-M-1000154153-20180906

0062506438A 1 1635121860

REPÚBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACIÓN PERSONAL  
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.000.154.153**

**BAYONA CHALPARIZAN**

APELLIDOS

**JONATHAN**

NOMBRES



FIRMA





### DATOS PERSONALES

Nombres y apellidos: JONATHAN BAYONA CHALPARIZAN  
Tipo de documento: C.C. \_\_\_\_\_ No. Documento: 1000154153  
Dirección: \_\_\_\_\_ CARRERA 79 #5<sup>a</sup>-27 SUR  
\_\_\_\_\_ Barrio: AYACUCHO SEGUNDO  
SECTOR \_\_\_\_\_ Telefono: 3507921388  
\_\_\_\_\_ E-mail: CHALPARIZANTKD@GMAIL.COM  
\_\_\_\_\_ Eps: Arl: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ 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   
Ingles: 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 HUESPEDS 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**

FRANCIA LUCIA CHALPARIZAN NIÑO

Nombre:

Parentesco: MAMA

Ocupación: ACESORA COMERCIAL

Teléfono: 3507921388 - FRANCALUCIACN@HOTMAIL.COM

STEVEN BAYONA CHALPARIZAN

Nombre:

Parentesco: HERMANO

Ocupación: ESTUDIANTE

Teléfono: 3017045416

### **OTROS CURSOS**

Turismo: NO

Servicio al cliente: NO

~~Escritura~~: 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 observar 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 encomienden.

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:



GLOBAL SERVICE LOGISTICS S.A.S

SERVICIOS EN TRANSPORTES, TURISMO,  
CORPORATIVOS Y LOGÍSTICOS



VOLADOO  
Super Transporte



REGISTRO NACIONAL DE TURISMO  
No. 86791 No. 37256

## 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<sup>a</sup> 70 Oficina 301 y 302, Bogotá - Colombia.

Reconozco que, de conformidad con la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y las 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.



CL 52 A 85 A 70 OF 301 – 302 CELS. 3164967723 – 3186223018  
globalservicelogistics@yahoo.com – gslogisticsreservas@hotmail.com

- 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.

<b>NOMBRE</b>	<b>JONATHAN BAYONA CHALPARIZAN</b>		
<b>NO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN</b>	1000154153		
<b>DIRECCIÓN</b>	CARRERA 79A #5 <sup>a</sup> 27 SUR		
<b>TELÉFONO</b>	3507921388		
<b>CORREO ELECTRÓNICO</b>	CHALPARIZANTKD@GMAIL.COM		
<b>FIRMA</b>		<b>FECHA DE AUTORIZACIÓN</b>	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.

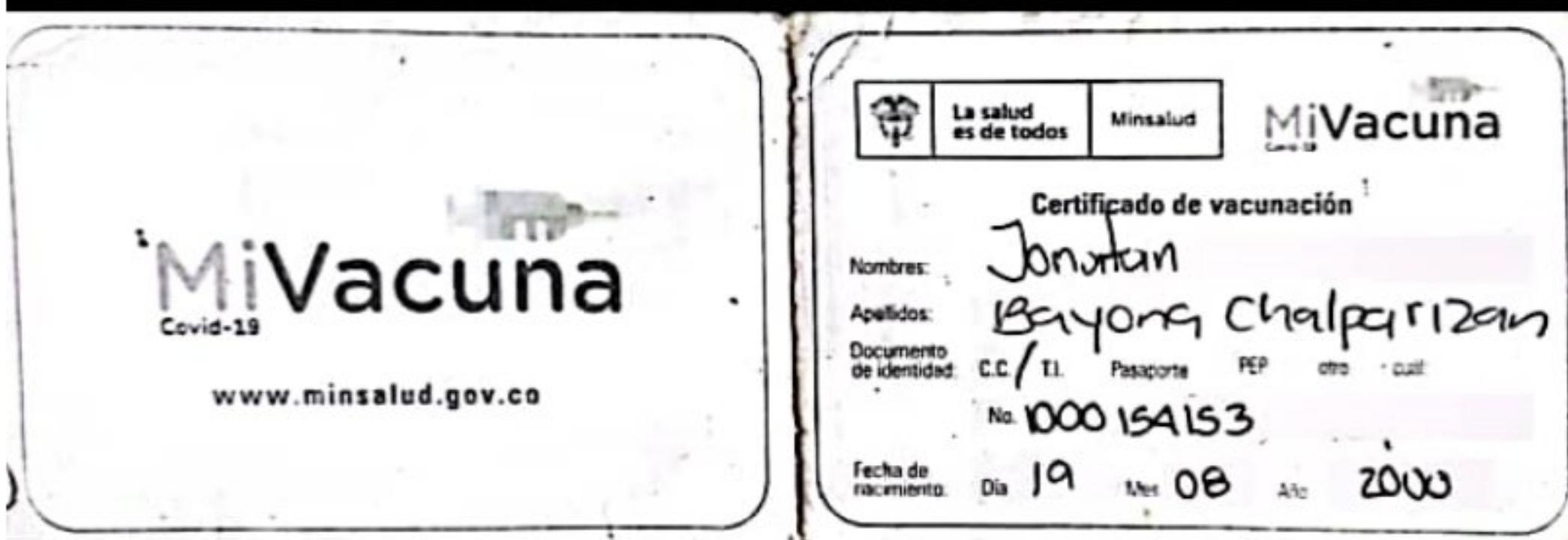
En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya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



Erik W W  
Ayer 3:12 p. m.



Erik W W  
Ayer 3:12 p. m.

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	EPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	07 NOV 2021	Danissen	204F 219	HOMEP	Melissa Anabella Pimentel	1234567890123
	2						



2. Concepto 0 1 Inscripción

2. Concepto 0 1 Inscripción		4. Número de formulario  14641416094																																																																																															
																																																																																																	
5. Número de identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional Impuesto de Bogotá	14. Buzón electrónico 3 2																																																																																														
1 0 0 0 1 5 4 1 5 3	0																																																																																																
<b>IDENTIFICACIÓN</b>																																																																																																	
24. Tipo de contribuyente Persona natural o sucesión iliquida	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																																																																																														
Lugar de expedición COLOMBIA	28. País 1 6 9	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	34. Otros nombres																																																																																														
35. Razón social																																																																																																	
36. Nombre comercial		37. Sígueme																																																																																															
<b>UBICACIÓN</b>																																																																																																	
38. País COLOMBIA	39. Departamento 1 6 9	40. Ciudad/Municipio Bogotá D.C. 1 1	0 0 1																																																																																														
41. Dirección principal CL 33 A SUR 78 Q 03																																																																																																	
42. Correo electrónico batenista.bayonach@gmail.com																																																																																																	
43. Código postal		44. Teléfono 1 3 5 0 7 9 2 1 3 8 8	45. Teléfono 2																																																																																														
<b>CLASIFICACIÓN</b>																																																																																																	
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Actividad económica</th> <th colspan="2">Ocupación</th> <th colspan="2">52. Número establecimiento</th> </tr> <tr> <th>Actividad principal 46. Código</th> <th>47. Fecha inicio actividad 2 0 1 9, 0 8, 2 0</th> <th>Actividad secundaria 48. Código</th> <th>49. Fecha inicio actividad</th> <th>50. Código</th> <th>51. Código</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>8 2 9 9</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>				Actividad económica		Ocupación		52. Número establecimiento		Actividad principal 46. Código	47. Fecha inicio actividad 2 0 1 9, 0 8, 2 0	Actividad secundaria 48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	51. Código	8 2 9 9				1	2																																																																												
Actividad económica		Ocupación		52. Número establecimiento																																																																																													
Actividad principal 46. Código	47. Fecha inicio actividad 2 0 1 9, 0 8, 2 0	Actividad secundaria 48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	51. Código																																																																																												
8 2 9 9				1	2																																																																																												
Responsabilidades, Calidades y Atributos																																																																																																	
53. Código 4 9	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																																																																																																
49 - No responsable de IVA																																																																																																	
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="10">Obligados aduaneros</th> <th colspan="6">Exportadores</th> </tr> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> <td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td> <td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td> </tr> <tr> <td>54. Código</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td>55. Forma</td><td>56. Tipo</td><td>57. Servicio</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </tbody> </table>				Obligados aduaneros										Exportadores						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	54. Código																				55. Forma	56. Tipo	57. Servicio	1	2	3																										
Obligados aduaneros										Exportadores																																																																																							
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																																																																								
54. Código																				55. Forma	56. Tipo	57. Servicio	1	2	3																																																																								
IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario (RUT), tendrá vigencia indeterminada y en consecuencia no se exigirá su renovación																																																																																																	
Para uso exclusivo de la DIAN																																																																																																	
59. Áreas	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	60. N.º de Folios:	1	61. Fecha	2019 - 08 - 20																																																																																												
<p>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 activarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.</p> <p>Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016</p> <p>Firma del solicitante:</p>				<p>Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.</p> <p>Firma autorizada:</p> <p>564. Nombre: ZAMBRANO MONTERO YISELLA</p> <p>565. Cargo: Analista II</p>																																																																																													

# SOAT

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

FECHA DE EXPEDICIÓN	VIGENCIA
AÑO   MES   DÍA	DESDE AÑO   MES   DÍA HASTA AÑO   MES   DÍA
2022   2   14	DESDE LAS 00 HORAS DEL 2022   2   15 HASTA LAS 23:59 HORAS DEL 2023   2   14



ASEGURADORA



No. DE PÓLIZA 82951239 - 605365077	PLACA No. WPR220	CLASE DE VEHÍCULO S. PUB. INTERMUNICIPAL	SERVICIO PÚBLICO	CILINDRAJE/VATIOS 1599	MODELO 2019
PASAJEROS 5	MARCA RENAULT LÍNEA VEHÍCULO DUSTER	CARROCERÍA WAGON			
No. MOTOR 2842Q220016	No. CHASIS ó No. SERIE 9FBHSR595KM811865	No. VIN 9FBHSR595KM811865	CAPACIDAD TON. 0,48		
APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR FRANCIA CHALPARIZAN	TELÉFONO DEL TOMADOR 3158147921	TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR CC	No. DE DOCUMENTO DEL TOMADOR 52477594	CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR CHIA	

FRANCIA CHALPARIZAN

3158147921

CC

52477594

CHIA

CÓDIGO DE ASEGURADORA	CÓD. SUCURSAL EXPEDIDORA	CLAVE PRODUCTOR	No. FORMULARIO	CIUDAD EXPEDICIÓN
1317	14	80001522	82951239	11001
TARIFA	PRIMA SOAT	CONTRIBUCIÓN FOSYGA	TASA RUNT	AMPAROS POR VICTIMA
91	\$ 639.000	\$ 369.200	\$ 1.900	A. GASTOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS, FARMACÉUTICOS Y HOSPITALARIOS
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>HASTA</b>
<b>\$ 1.010.100</b>				<b>800</b>
				B. INCAPACIDAD PERMANENTE
				<b>180</b>
				C. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS
				<b>750</b>
				D. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS
				<b>10</b>

**SALARIOS MÍNIMOS LEGALES DIARIOS VIGENTES**

*(Handwritten signature)*

FIRMA AUTORIZADA



¡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](http://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 ¡a disfrutar por montón en [www.tubeneficiomundial.com](http://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 póliza está registrada en el RUNT.
- Esté atento al momento en que deba renovar su poliza. No tener SOAT vigente acarrea multas económicas, la suspensión del vehículo y en caso de accidente de tránsito el recargo por todos los costos de la atención de

#### 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



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 EMISIONES 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

CLUNDRAJE: 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



Escaneado con CamScanner



Escaneado con CamScanner



**BOGOTA, MAYO 03 DE 2022**

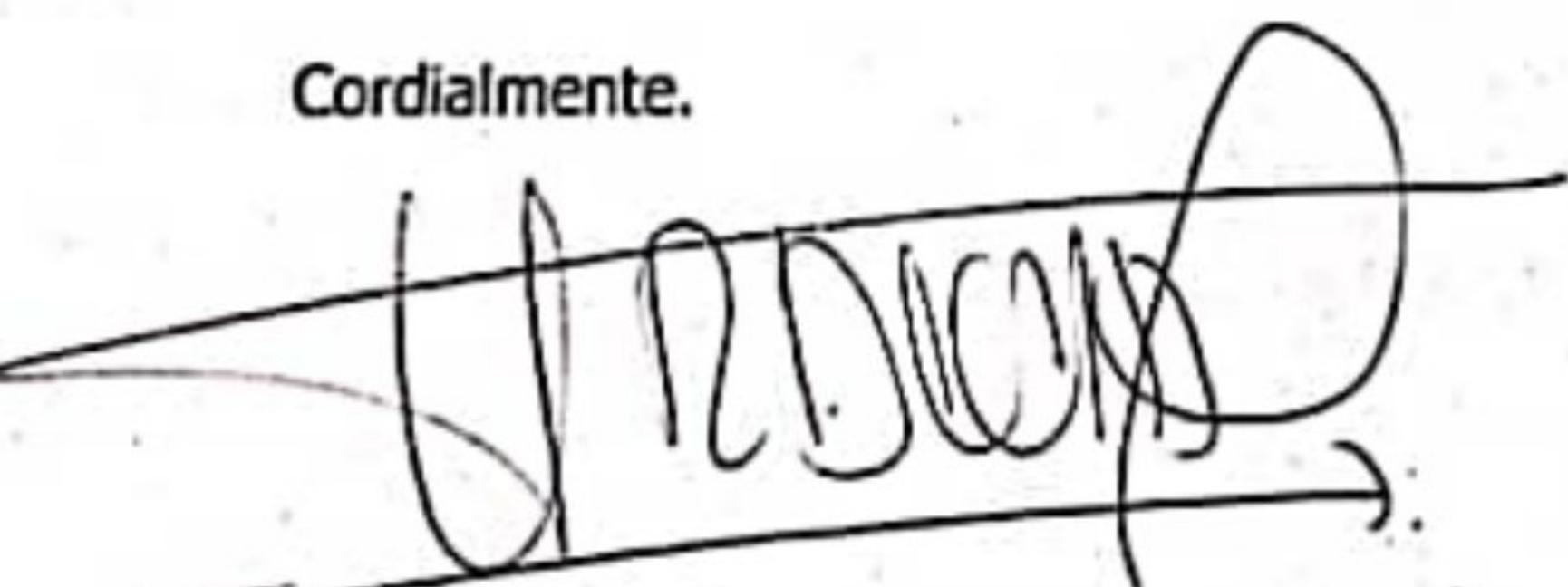
**SEÑORES  
GLOBAL SERVICE LOGISTICS SAS  
Ciudad.**

**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	DESDE	HASTA
	3731101021580	02/04/2022	02/04/2023
		VIGENCIA	

# PROCEDIMIENTO EN CASO DE ACCIDENTE

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

**PLACA** WPR220      **MARCA** RENAULT  
**MODELO** 2019      **SERVICIO** PUBLICO

- 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.

## 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	28/03/2022	02/04/2022	02/04/2023	SEGUROS DEL ESTADO S.A.	Responsabilidad Civil Extracontractual	VIGENTE	<a href="#">Detalle</a>
03731101021580	28/03/2022	02/04/2022	02/04/2023	SEGUROS DEL ESTADO S.A.	Responsabilidad Civil Contractual	VIGENTE	<a href="#">Detalle</a>
AA016234	26/02/2021	02/03/2021	02/04/2022	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES	Responsabilidad Civil Extracontractual	INACTIVA	<a href="#">Detalle</a>

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



No. de Radicación	Fecha de Radicación 0   2   0   4   2   0   2   2				
I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)					
1. Tipo de trámite A. Afiliación B. Reporte de Novedades	2. Tipo de Afiliación A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia • Beneficiario o afiliado adicional B. Colectiva C. Institucional D. De oficio E. Subsidio	3. Régimen A. Contributivo B. Subsidio	4. Tipo de afiliado: A. Cotizante B. Cabeza de familia C. Beneficiario 5. Tipo de cotizante: A. Dependiente B. Independiente C. Pensionado	Código (a registrar por la EPS)	
A. AFILIACIÓN II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)					
6. Apellidos y nombres <b>BAYONA</b>	Primer Apellido <b>CHALPARIZAN</b>	Segundo Nombre <b>JONATHAN</b>	Primer Nombre <b>Primer Nombre</b>	Segundo Nombre	
7. Tipo de documento de identidad CC	8. Número de documento de identidad <b>1.000.154.153</b>	9. Sexo Femenino <input type="radio"/>	10. Sexo Masculino <input checked="" type="radio"/>	10. Fecha de nacimiento 0   0   1   0   1   1   9   7   0	
III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)					
11. Etnia B1 B2 B3 B4 B5	12. Discapacidad Tipo Condición F   N   M   T   P B1 B2 B3 B4 B5	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	
17. Ingreso base de cotización - IBC 1.000.000	18. Residencia	Dirección	Teléfono fijo	Teléfono celular	
Correo electrónico <b>BOGOTÁ</b>		Zona Urbana <input checked="" type="radio"/> Rural <input type="radio"/>	Localidad / Comuna <b>BOGOTÁ</b>	Departamento	
IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante)					
19. Apellidos y nombres Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre		
20. Tipo de documento de identidad	21. Número de documento de identidad	22. Sexo Femenino <input type="radio"/>	23. Sexo Masculino <input checked="" type="radio"/>	24. Fecha de nacimiento D   D   M   M   A   A   A   A	
Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales					
25. Tipo de documento de identidad	26. Número de documento de identidad	27. Sexo Femenino <input type="radio"/>	28. Fecha de nacimiento D   D   M   M   A   A   A   A	29. Parentesco Cot. B B B B 30. Etnia F   N   M   T   P B1 B2 B3 B4 B5	
31. Discapacidad Tipo Condición F   N   M   T   P B1 B2 B3 B4 B5	Municipio / Distrito	Zona Urbana <input checked="" type="radio"/> Rural <input type="radio"/>	32. Datos de residencia Departamento	33. Valor de la UPC afiliado adicional (a registrar por la EPS)	
V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO					
34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS Cot. B B B 35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación				
37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)				
39. Ubicación Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio / Distrito	Departamento	
B. REPORTE DE NOVEDADES					
40. Tipo de Novedad 1. Modificación datos básicos de identificación 2. Corrección datos básicos de identificación 3. Actualización documento de identidad 4. Actualización y corrección de datos complementarios 5. Terminación de la inscripción en la EPS Código 6. Reinscripción en la EPS	7. Inclusión de beneficiarios o afiliados adicionales 8. Exclusión de beneficiarios o afiliados adicionales 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas	13. Movilidad: A. Régimen Contributivo B. Régimen Subsidio 14. Traslado: A. Mismo Régimen B. Diferente Régimen 15. Reporte por fallecimiento 16. Reporte del trámite de protección al cesante 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado 18. Reporte de la calidad de Pensionado			
VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD					
41. Datos básicos de identificación Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre		
Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	Sexo Femenino <input type="radio"/>	Sexo Masculino <input checked="" type="radio"/>	Fecha de nacimiento D   D   M   M   A   A   A   A	
43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones	46. Fecha 0   2   0   5   2   0   2   2		
VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES					
46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales. 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. 49. Declaración de no intermisión del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.	51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.				
VIII. FIRMAS					
54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva Institucional o de Oficio				
IX. ANEXOS					
56. Anexo copia del documento de identidad: CN Cant. RC Cant. TI Cant. CC Cant. PA Cant. CE Cant. CD Cant. SC Cant. Total	61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. 62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres. 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud. 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.				
66. Identificación de la entidad Territorial Código del municipio	67. Datos del SISBÉN Número de la ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación D   D   M   M   A   A   A   A	69. Fecha de validación D   D   M   M   A   A   A   A
70. Datos del funcionario que realiza la validación Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	71. Firma del funcionario	
OBSERVACIONES:					

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

**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?



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



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



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



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: \_\_\_\_\_

Huella

Dirección: \_\_\_\_\_

de domicilio: \_\_\_\_\_

**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](http://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 mi.
- 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 podré, 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](mailto: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**  
COMPAÑÍA DE SEGUROS

NIT 860.011.153-6  
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES  
www.positiva.gov.co



## 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 cubrimiento ante nuestra ARL, lo invitamos a que ingrese al portal transaccional y registre la novedad respectiva.

2022050203100015415301

### I. DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

* TIPO DOC. CC No. DE DOCUMENTO 1000154153	PRIMER APELLIDO BAYONA
PRIMER NOMBRE JONATHAN	SEGUNDO APELLIDO CHALPARIZAN
* FECHA NACIMIENTO 1970 01 01 SEXO M	NACIONALIDAD COLOMBIA
EPS ACTUAL COMPENSAR E.P.S.	AFP 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	COMERCIAL	CIVIL	PÚBLICO	PRIVADO	SUMINISTRO DE TRANSPORTE SI	NO
* FECHA INICIO 2022 05 02	* FECHA DE TERMINACIÓN 2024 05 02	No. DE MESES 24				
DÍAS Y HORARIO DE TRABAJO LUNES MARTES MIERCOLES JUEVES VIERNES SABADO DOMINGO	DE 06:00 AM HASTA 06:00 PM					
VALOR TOTAL \$10902312	VALOR MENSUAL \$454263	* INGRESO BASE DE COTIZACIÓN \$1000000				
* ACTIVIDAD A EJECUTAR EMPRESAS DEDICADAS AL TRANSPORTE NO REGULAR INDIVIDUALES	CÓDIGO 4603101 USO ARL					
CARGO U OCUPACIÓN AUXILIAR	TAXISTA SI NO					
DIRECCIÓN CL 63 72 21 SUR						
DEPARTAMENTO BOGOTA D.C.	MUNICIPIO BOGOTA D.C.					

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

* ENTIDAD CONTRATANTE TIPO DOC. NI No. DE DOCUMENTO 832005482	DV 8	* NOMBRE O RAZÓN SOCIAL COMERCIALIZADORA SERRPER E U
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.COM
* DATOS QUIEN FIRMA CONTRATO TIPO DOC. CC No. DE DOCUMENTO 79345559	PRIMER APELLIDO SERRATO	SEGUNDO APELLIDO PEREZ
PRIMER NOMBRE ALEXANDER	SEGUNDO NOMBRE	

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

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

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

\*

FIRMA DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

Rev. Noviembre/ 2019

# 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 descritas 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](mailto: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:

- a. Conocer, actualizar y rectificar los Datos Personales frente a los responsables del Tratamiento o encargados del Tratamiento.
- b. Solicitar prueba de la autorización otorgada al Responsable del Tratamiento salvo cuando expresamente esté exceptuado por la ley, como requisito para el Tratamiento.
- c. 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.
- d. Presentar ante la autoridad competente quejas por infracciones a la normativa de protección de datos.
- e. 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.
- f. Acceder gratuitamente a los Datos Personales que hayan sido objeto de Tratamiento.
- g. 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

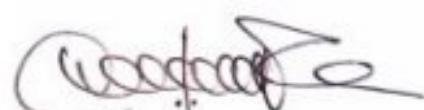
[www.positiva.gov.co](http://www.positiva.gov.co)

## 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 Ramirez 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.



# PAGOSIMPLE | CERTIFICADO INDIVIDUAL

Fecha creación: 2022-05-02, 01:24:18 p. m.

Tipo Planilla: I

Número Planilla: 1045715330

Periodo Cotización: 202205

Periodo Servicio: 202205

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 FonoSIMPLE: Bogotá 4446634 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!



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

Escaneado con CamScanner

PAGADA 2022-05-02 13:21:07.0

## I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	BAYONA CHALPARIZAN JONATHAN					
Documento	CC 1000154153				Dirección	CL 47A SUR #1 - 1
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE				Teléfono	2959595
Tipo Persona	NATURAL				Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.				Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal						

## II. DATOS DEL AFILIADO

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

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

Novedades		Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión				Salud				Riesgos				Caja				Parafiscales												
IND	REF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF					
		0	30	30	0			\$ 1.000.000	25-14	16 %	\$ 1.000.000	\$ 160.000	\$ 0	\$ 0	EPS008		12,5 %	\$ 1.000.000	\$ 125.000	\$ 0	14-23	4	4.350%	\$ 1.000.000	\$ 43.500	NIN-CC	0 %	\$ 0	\$ 0	0 %	\$ 0	0 %	\$ 0

## IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
COLPENSIONES	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	COMPENSAR EPS	POSITIVA DE SEGUROS	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
\$160.000	\$ 0	\$ 0	\$125.000	\$43.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$328.500



## BANCO GNB SUDAMERIS

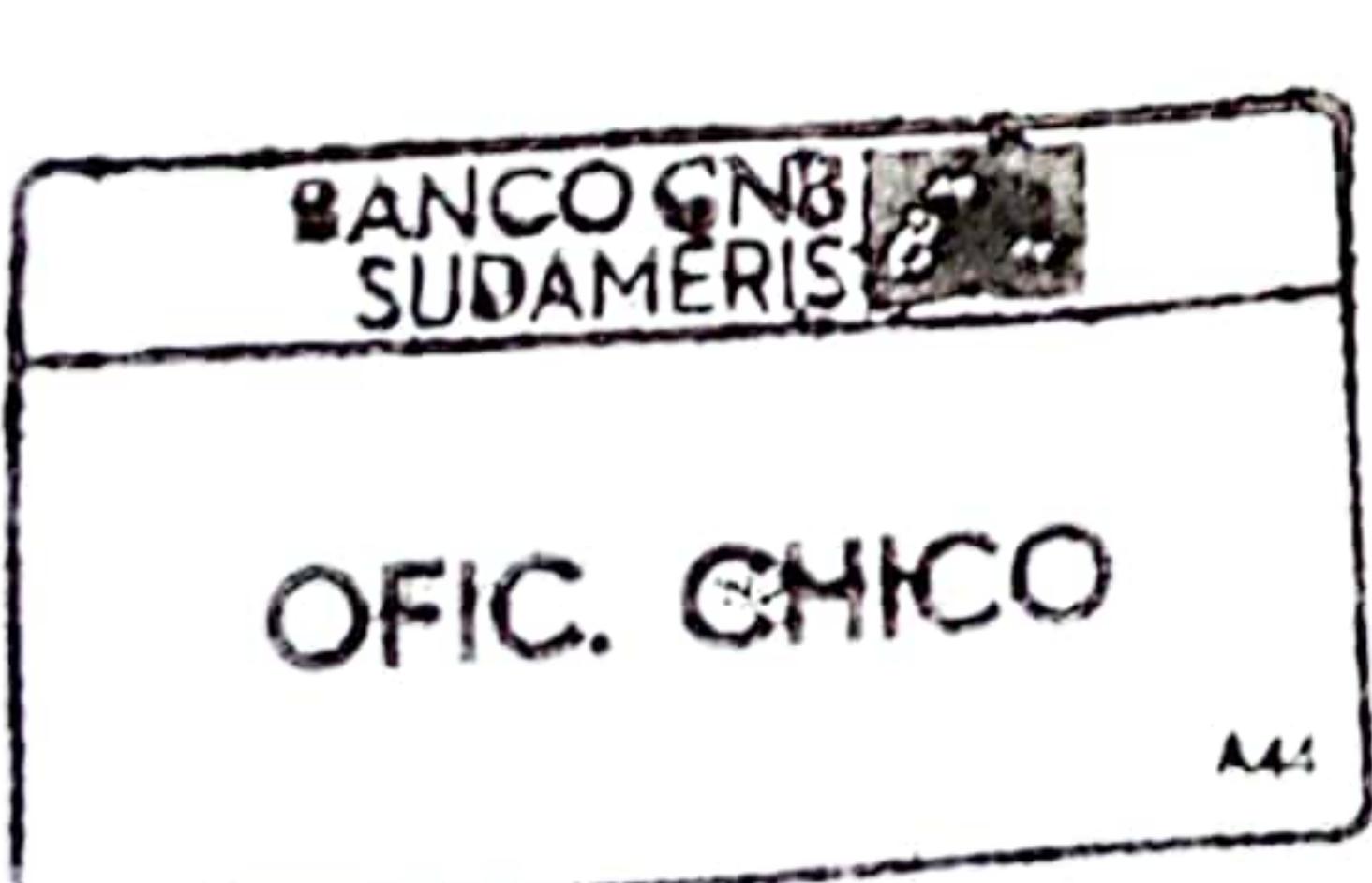
### CERTIFICA

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	<b>91240002020</b>	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,

  
  
Freddy Narvaez P.J.

**FREDDY NARVAEZ**  
Director Oficina Chico

2 Concepto 0 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 ilíquida 25. Tipo de documento  
Cédula de Ciudadanía 26. Número de Identificación  
1000154153 27. Fecha expedición  
2018,09,04

Lugar de expedición 28. País  
COLOMBIA 169 29. Departamento  
Bogotá D.C.

31. Primer apellido  
BAYONA 32. Segundo apellido  
CHALPARIZAN 33. Primer nombre  
JONATHAN

35. Razón social

36. Nombre comercial

38. País  
COLOMBIA 169 39. Departamento  
Bogotá D.C. 40. Ciudad/Municipio  
Bogotá, D.C. 001

41. Dirección principal  
CL 33 A SUR 78 Q 03

42. Correo electrónico baterista.bayonacn@hotmail.com

43. Código postal 44. Teléfono 1 3507921388 45. Teléfono 2

## CLASIFICACIÓN

Actividad económica		Ocupación	
Actividad principal	Actividad secundaria	Otras actividades	52. Número establecimientos
46. Código 8299	47. Fecha inicio actividad 2019,08,20	48. Código 1 50. Código 1 2	51. Código

Responsabilidades, Calidades y Atributos	
53. Código 49	49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros										Exportadores					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
54. Código 11	12	13	14	15	16	17	18	19	20				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 SI  NO 

60. No. de Folios: 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 adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.

Parágrafo del artículo 16 12 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	<b>1035641030</b>	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 Concepto  3 Actualización de oficio

4. Número de formulario

14520995276



(415)7707212489984(8020) 000001452099527 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)  
5 2 4 7 7 5 9 4 | 1

6. DV  
12. Dirección seccional  
Impuestos de Bogotá

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

26. Número de Identificación

5 2 4 7 7 5 9 4

27. Fecha expedición

1 9 9 6 , 0 6 , 2 4

Lugar de expedición 28. País

COLOMBIA

29. Departamento

Bogotá D.C.

31. Primer apellido

CHALPARIZAN

32. Segundo apellido

NIÑO

33. Primer nombre

FRANCIA

35. Razón social

36. Nombre comercial

38. País

COLOMBIA

39. Departamento

Bogotá D.C.

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

## Actividad económica

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

48. Código	49. Fecha inicio actividad

50. Código	1	2

51. Código	

52. Número establecimientos

53. Código 4 9

49 - No responsable de IVA

## 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

## 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 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. No. 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 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 ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo





**REPÚBLICA DE COLOMBIA**  
**IDENTIFICACIÓN PERSONAL**  
**CÉDULA DE CIUDADANÍA**

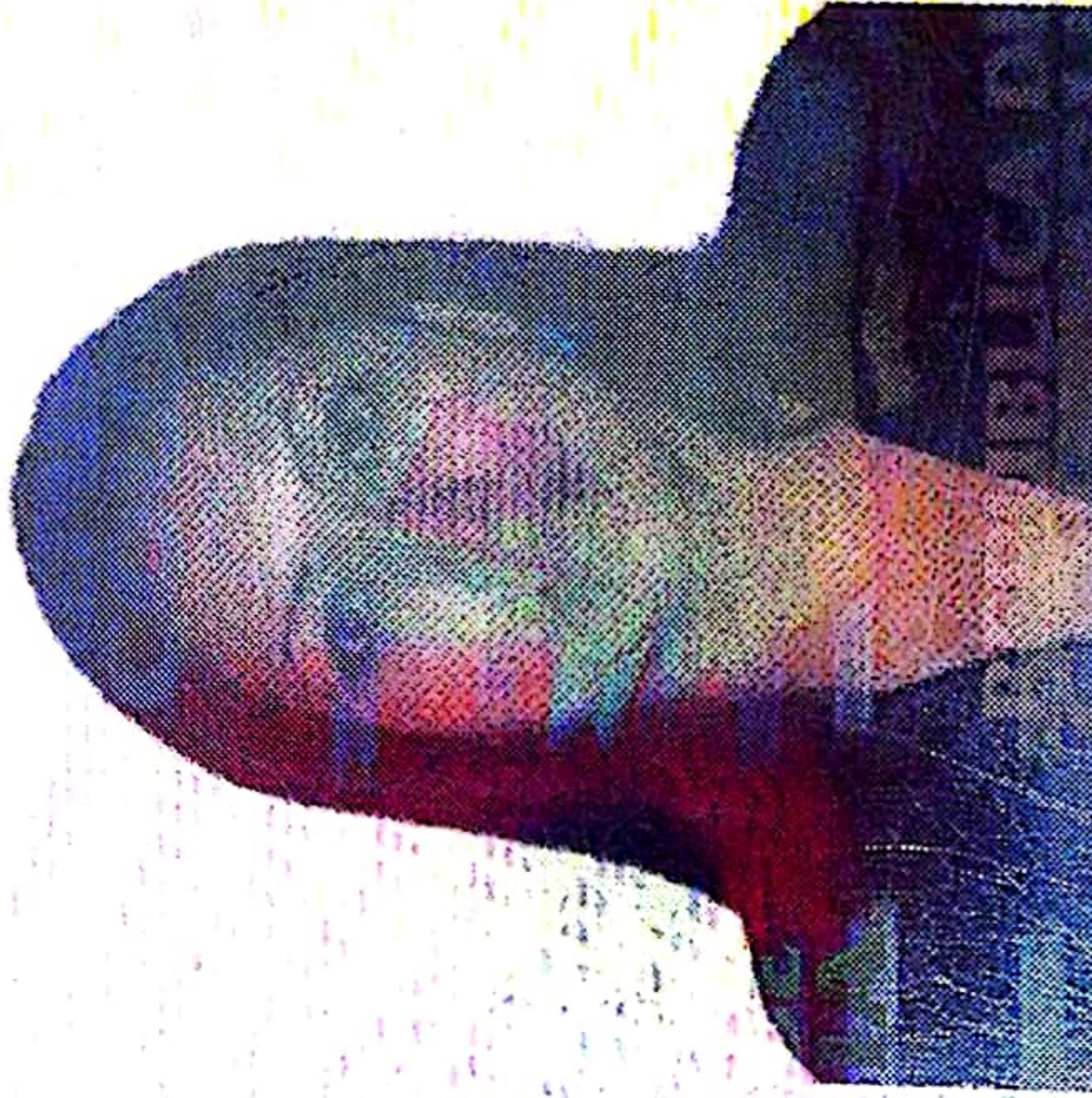
NÚMERO **52.477.594**  
**CHALPARIZAN NIÑO**

APELLIDOS

**FRANCIA LUCIA**

NOMBRES

  
FIRMA



Escaneado con CamScanner

FECHA DE NACIMIENTO  
**BOGOTA D.C.**  
**(CUNDINAMARCA)**  
LUGAR DE NACIMIENTO



**29-MAY-1978**

**1.60**  
ESTATURA  
**O+**  
G.S. RH

**F**  
SEXO

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

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL  
JUAN CARLOS GALLINDO VÁCHA



A-1500150-01014237-F-0052477594-20180612

**0061534818A1**

9904591329

REGISTRO CIVIL



**REPÚBLICA DE COLOMBIA**  
**IDENTIFICACIÓN PERSONAL**  
**CÉDULA DE CIUDADANÍA**

NÚMERO **1.030.697.461**

**BAYONA CHALPARIZAN**

APELLIDOS

**STEVEN**

NOMBRES



A handwritten signature in black ink, appearing to read "Steven Bayona Chalparizan". The signature is fluid and cursive, with a long horizontal stroke at the end.

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO

27-JUN-1999

**BOGOTA D.C.**  
**(CUNDINAMARCA)**

LUGAR DE NACIMIENTO

**1.67**

ESTATURA

**A+**

G.S. RH

**M**

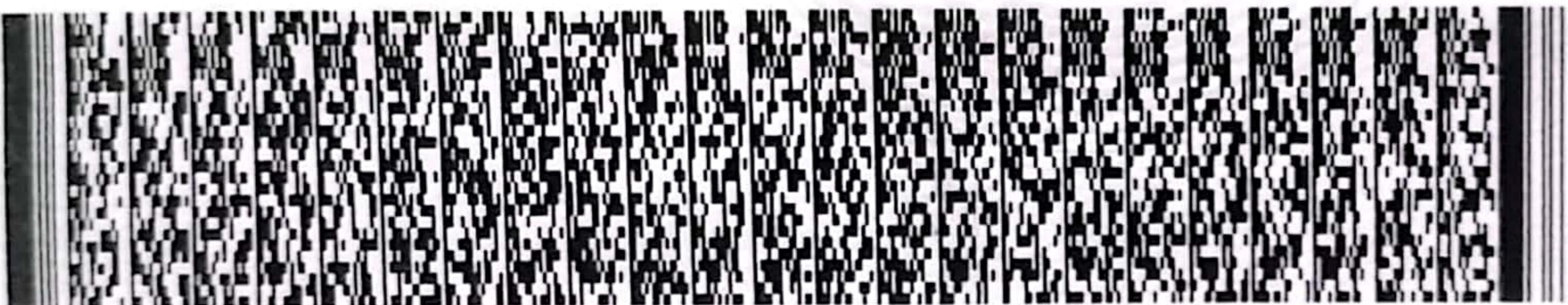
SEXO

**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



REPÚBLICA DE COLOMBIA  
MINISTERIO DE TRANSPORTE  
LICENCIA DE CONDUCCIÓN

Libertad y Orden

No. 1030697461

NOMBRE

STEVEN BAYONA CHALPARIZAN

FECHA DE NACIMIENTO

27-06-1999

SANGRE-RH

A+

FECHA DE EXPEDICION

08-04-2021

RESTRICCIONES DEL CONDUCTOR

CONDUCIR CON LENTES

ORGANISMO DE TRÁNSITO EXPEDIDOR

SDM - BOGOTA D.C.



# 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

# MiVacuna

Covid-19

[www.minsalud.gov.co](http://www.minsalud.gov.co)



La salud  
es de todos

Minsalud

MiVacuna  
Covid-19

## Certificado de vacunación

Nombres:

Apellidos:

Documento  
de identidad:

C.C. / T.I. Pasaporte PEP otro cuál:

No. 1030 697 461

Fecha de  
nacimiento:

Día 27 Mes 06 Año 1999

