



REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE



LICENCIA DE TRÁNSITO No.

10030254960

PLACA	MARCA	LÍNEA	MODELO
WFQ631	CHEVROLET	NHR	2017
CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO	
2.999	BLANCO GALAXIA	PÚBLICO	
CLASE DE VEHÍCULO	TIPO CARROZERIA	COMBUSTIBLE	CAPACIDAD Kg/PSJ
CAMIONETA	FURGON	DIESEL	1700
NUMERO DE MOTOR	REG	VIN	
2T5034	N	9GDNLR774HB030667	
NUMERO DE SERIE	REG	NÚMERO DE CHASSIS	REG
9GDNLR774HB030667	N	9GDNLR774HB030667	N
PROPIETARIO, APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)	IDENTIFICACIÓN		
CUERVO FONSECA EDGAR DARIO	C.C. 1049615436		

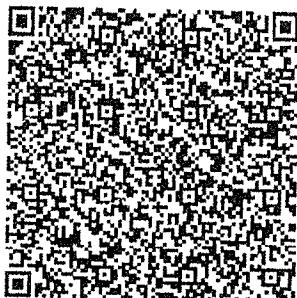
REGISTRACIÓN MOTO. 8182	BLINDAJE	POTENCIA HP	
032018007421111	*****	104	
FECHA IMPORT.	PUERTAS		
28/10/2016	2		
SUSTACIÓN A LA PROPIEDAD			
SUSTACIÓN			
FECHA MATRICULA	FECHA EXP. LIC. TTO.	FECHA VENCIMIENTO	
07/03/2017	17/10/2023	*****	
LICENCIA NÚMERO DE TRÁNSITO			
ESTRÍA TTEYMOV CUNDINAMARCA/COTA			



LT07002772323

SOAT

FEC. DE EXPEDICIÓN VIGENCIA
2023-03-06 DESDE 2023-03-07 HASTA LAS 23:59
HORAS DEL 2024-03-06



NO. DE POLIZA:	PLACA No.:	CLASE VEHICULO:	SERVICIO:	CILINDRAJE/VATIOS	MODELO
4308004135576000	WFQ631	CARGA O MIXTO	PUBLICO	2999	2017
PASAJEROS 2 LINEA VEHICULO MARCA: CHEVROLET NHR			CARROZERIA FURGON		
NO. MOTOR:		NO. CHASIS & NO. SERIE:		NO. VIN:	
2T5034		9GDNLR774HB030667		9GDNLR774HB030667	
APPELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR:			TELÉFONO DEL TOMADOR:	TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR:	NO. DE DOCUMENTO DEL TOMADOR:
AGROINSUMOS ALFA,			3175177766	NI	8300014451
CÓDIGO DE ASEGURADORA:			CÓD. SUCURSAL EXPEDIDORA:	CLAVE PRODUCTOR:	NO. FORMULARIO:
AT1324			43	999913588	0
TARIFA:			CONTRIBUCIÓN FOGYA:	RUTA RUNT:	NASTA:
310	\$ 537000	\$ 279200	\$ 2100	253,13 ¹	UNIDAD VALOR
TOTAL A PAGAR:			\$ 818300	701,68 ²	TRIBUTARIO (UVT)
				8,77	
				180	SALARIOS MÍNIMOS
				750	LEGALES DIARIOS VIGENTES

Póliza expedida por la Previsora Seguros

FIRMA AUTORIZADA

¹Para las siguientes tarifas: 100, 110, 120, 140, 150, 711, 712, 721, 722, 731, 732, 810, 910, 920. Decreto 2644 de 2022.

²Para las demás tarifas no citadas en (1).

RECUEDE QUE:

- Es obligatorio portar la póliza del SOAT sin importar el medio de entrega escogido ante La Previsora S.A.
- La autoridad de tránsito podrá requerir la póliza en cualquier momento, usted podrá presentarla en los siguientes medios: impresión física en papel de seguridad; impresión física en papel S.A.
- En caso de tener inquietudes sobre el proceso, marque desde su teléfono móvil al #345, para recibir la asesoría necesaria.

Se debe imprimir la póliza, que se envía a su correo electrónico como respaldo a la información guardada en su teléfono móvil, esto con el fin de evitar inconvenientes con la autoridad de tránsito.

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.
- Este atento al momento en que deba renovar su póliza. No tener SOAT vigente acarrea multas económicas, la detención del vehículo y en caso de accidente de tránsito el cobro por todos los costos de la atención de las víctimas del accidente.
- Adquiera su SOAT en lugares autorizados.

En caso de accidente de tránsito:

- Si alguien resulta herido, debe ser atendido por el prestador de servicios de salud más cercano al lugar del accidente siempre que tenga la capacidad para brindar la atención requerida por las víctimas.
- Ningún prestador de servicios de salud del país puede negarse a atender víctimas de accidentes de tránsito (artículo 195 Decreto Ley 663 de 1993). En caso contrario, denúncie ante la Superintendencia Nacional de Salud.
- Para los gastos médicos, el cobro ante la aseguradora o el Fosgya lo debe realizar la institución prestadora de servicios de salud.
- Para presentar la reclamación ante la compañía aseguradora no se requiere acudir a terceros.

Clausula de Coexistencia de Pólizas:

En concordancia con lo dispuesto en la Circular Externa 021 de 2017, emitida por la Superintendencia Financiera de Colombia, LA PREVISORA S.A. podrá de manera unilateral y exclusivamente a favor del consumidor, modificar la vigencia de la póliza, cuando al momento de registrar la misma en el RUNT, se corrobore que existe una póliza vigente. En estos casos, LA PREVISORA S.A. modificará la vigencia en su fecha de inicio, teniendo como referente la fecha de expedición de la póliza vigente.

Haberes Data:

Declaro que de forma previa, al momento de la emisión de esta póliza, he autorizado a LA PREVISORA S.A. Compañía de seguros, para que consulte, almacene, administre, transfiera la información personal suministrada durante el proceso de impresión de esta póliza, directamente o por medio de terceros o aliados comerciales, para registrarme en sus bases de datos, informarme por medios escritos, correo electrónico, llamadas telefónicas, envío de mensajes de texto y/o utilizando aplicaciones de mensajería instantánea, todo lo relacionado con la emisión, modificación, anulación de la(s) póliza(s) que he adquirido, todo lo relacionado con este contrato, para estudios estadísticos internos de la compañía de seguros, gestionar campañas de mercadeo y/o comerciales relacionados con la(s) póliza(s) que adquiero, así como de otros ramos de seguros que maneje LA PREVISORA S.A. y enviarle información derivada de todas las funciones que directa o indirectamente se les haya otorgado a las aseguradoras o se les otorguen en el futuro, así como novedades, referencias y manejo de la póliza y demás servicios que surjan del presente contrato, el cual conozco y declaro aceptar en todas sus partes.

Declaro que se me ha informado que, como Titular de información tengo derecho a conocer, actualizar y rectificar mis datos personales, solicitar prueba de autorización que he otorgado para su tratamiento, ser informado sobre el uso que se ha dado a los mismos, presentar quejas ante la SIC por infracción a la ley, revocar la autorización y/o solicitar la supresión de sus datos en los casos en que sea procedente y acceder en forma gratuita a los mismos una vez al mes, que podré ejercerlos en la calle 57 # 9-07 en la ciudad de Bogotá, por medio del teléfono 3487556 y que para ello



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

Libertad y Orden



CERTIFICADO DE REVISIÓN TÉCNICO MECÁNICA Y DE EMISIONES CONTAMINANTES

No. 166386298

DATOS CENTRO DIAGNÓSTICO

Entidad que expide el certificado: CDA MOVILIDAD BOGOTA SAS

NIT: 900468202 No. de Certificado de Acreditación: 14-OIN-002-001

Fecha de expedición: 2023/06/09 Fecha de vencimiento: 2024/06/09

DATOS VEHÍCULO

PLACA: WFGQ631 CLASE: CAMIONETA

MARCA: CHEVROLET MODELO: 2017

SERVICIO: Público COMBUSTIBLE: DIESEL

CILINDRAJE: 2999 NRO. MOTOR: 2T5034

NRO. CHASIS: 9GDNLR774HB030667 VIN: 9GDNLR774HB030667

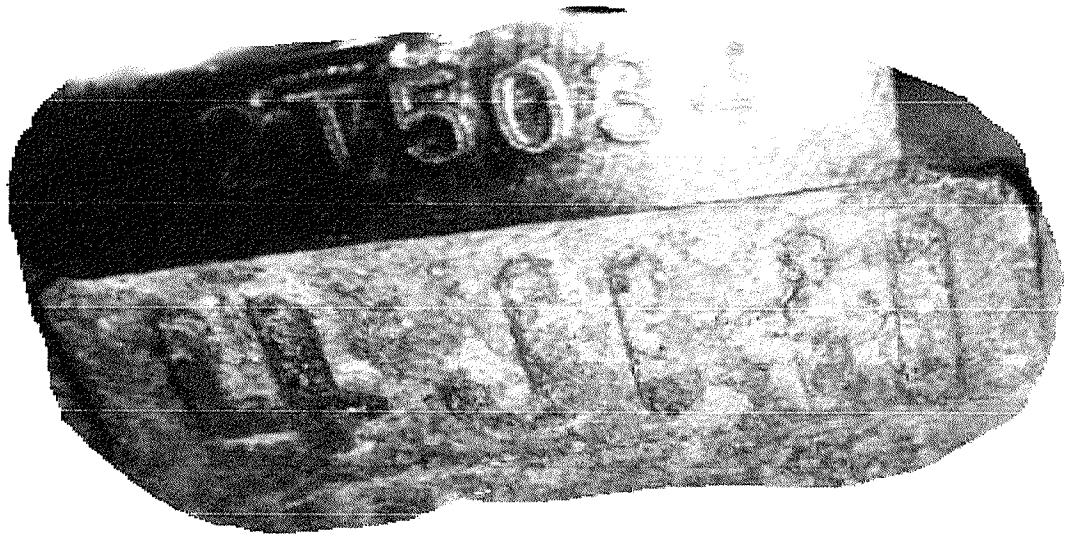
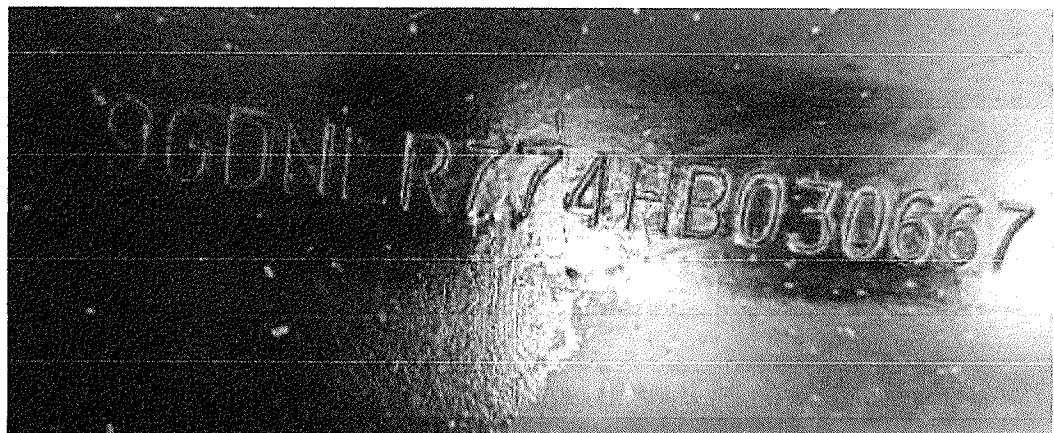
LÍNEA: NHR

COLOR: BLANCO GALAXIA

NOMBRE PROPIETARIO: AGROINSUMOS ALFA S A S

FIRMA DEL RESPONSABLE

ALEXIS PINZON MARTINEZ

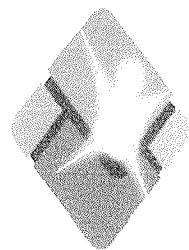




Secretaría
Salud

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN SANITARIA PARA VEHÍCULOS TRANSPORTADORES DE ALIMENTOS



Subred:

Subred

Número de
inscripción:

40535

Fecha
inscripción:

1



DATOS DEL VEHÍCULO

Actividad: Vehículos transportadores de alimento

Dirección de inspección:

Área rural

CL 59 SUR 52 24

¿No estandarizada?:

Clic aquí para Ingresar la dirección

Localidad:

Ciudad

UPZ:

1-ARI

Barrio:

S.C. ATLANTA

Nombre del
propietario:

EDGAR DARIO CUERVO FO

Teléfono:

3115223837.

Tipo de
documento:

1-Cédula

Número:

1049616

Email:

dacufo@hotmail.com

Nombre del
conductor:

EDGAR DARIO CUERVO FO

Teléfono:

3115223837

Tipo de
documento:

1-Cédula ciudadanía

Número:

1049616436

Tipo de
vehículo:

2-Camioneta

Tipo de
carrocería:

3-Furgón

Placa:

WFQ631

Modelo:

2017

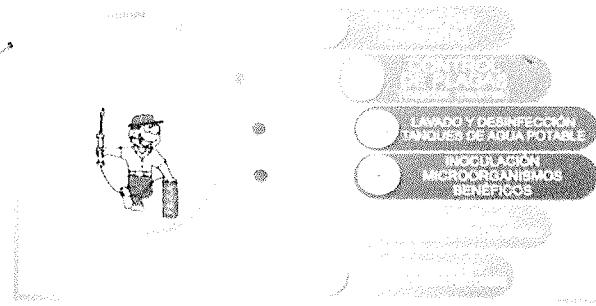
Marca:

CHEVROLET

▼

Ingresar

Salir



**FUMIGACIONES
ESPECIALES
CONTROL AMBIENTAL**

"Somos Su Opción Profesional En Saneamiento E Ingeniería Ambiental"

101120

CERTIFICADO

Dando cumplimiento a la Resolución 2674 de 2013 del Ministerio de Salud y Protección Social, implementando el Plan de Saneamiento Ambiental para vehículos transportadores de alimentos, certificamos que el vehículo comercial que a continuación se relaciona fue expuesto a un control integrado de plagas.

Tipo de Vehículo: **CAMIONETA FURGON**

Marca: **CHEVROLET**

Placa: **WFQ-631**

Propietario: **CUERVO FONSECA EDGAR DARIO**

Se expide a los 17 días del mes de Octubre del año 2023.

Nota: Este certificado tiene validez por 6 meses, de acuerdo a la ley 09 de 1979.

FUMIGACIONES ESPECIALES Y CONTROL AMBIENTAL cumple con los requisitos exigidos por la Secretaría de Salud de Bogotá, según consta en Acta No **SQ07C-004158 del 02 de Octubre de 2023.**

PARA EL CONTROL INTEGRADO DE PLAGAS SE UTILIZARON LOS PRODUCTOS MENCIONADOS A CONTINUACIÓN:

PARA CONTROL DE INSECTOS RASTREROS Y VOLADORES

NOMBRE COMERCIAL	INGREDIENTE ACTIVO	DOSIFICACIÓN
PERMOSIT VPM 55% EC	PERMETRINA	5 ml por Litro

MÉTODO: Aspersión por gota gruesa.

Carrera 94 K Bis No. 80-40. Local 4
Tel. (1) 4609086. Cel 312 3655915



PARA CONTROL DE ROEDORES

NOMBRE COMERCIAL	INGREDIENTE ACTIVO	DOSIFICACIÓN
BRODIFACOUM VPM	BRODIFACOUM	0,005 %

MÉTODO: Montaje manual de bloques de 10 gr de producto formulado.

Los Productos Piretroides y Rodenticidas son categorías Toxicológicas para uso en salud pública, según reglamentación del Decreto 1843 de 1991, revisados y aprobados por la Secretaría De Salud de Bogotá.

Cordialmente,


JOHAN ANDRÉS PINZÓN OSORIO
Técnico Aplicador
ANEXAMOS FICHAS TÉCNICAS DE LOS PRODUCTOS

Carrera 94 K Bis No. 80-40.local 4
Tel. (1) 4909086. Cel 312 3655915

www.fumigacionesespeciales.com
servicioalcliente@fumigacionesespeciales.com

9.2 Concepto sanitario de la visita:	<input checked="" type="checkbox"/> Favorable	<input type="checkbox"/> Favorable con requerimientos*	<input type="checkbox"/> Desfavorable
<small>*El establecimiento cumple con el totalidad de los requerimientos establecidos en las normas vigentes</small>			
<small>9.3 Para el cumplimiento de los anteriores requerimientos se concede un plazo de _____ días, contados a partir de día ____ del mes de ____ de ____ que vence el día ____ del mes de ____ de _____. De acuerdo a la ley 9 de 1970 y decretos reglamentarios, Ley 715 de 2001 y demás disposiciones legales vigentes.</small>			
<small>9.4 Observaciones de quien realiza la visita o de quien atiende la visita: Se Socializa alerta por Sist. de Control y Monitoreo del Proyecto Piloto Plaguicida y Tanques Residenciales Suroccidente.gov.co se relaciona carta de cumplimiento de la ley 1335 de 2009 Aprob. 118712 con fecha 02-10-2023</small>			
<p><i>Se emite concepto sanitario: favorable</i></p>			
10. APLICACIÓN DE MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD			
<input type="checkbox"/> Clausura temporal total <input type="checkbox"/> Clausura temporal parcial <input type="checkbox"/> Suspensión parcial de trabajos o servicios <input type="checkbox"/> Destrucción o desnaturalización	<input type="checkbox"/> Suspensión total de trabajos o servicios <input type="checkbox"/> Decomiso <input type="checkbox"/> Congelación		
<small>Para constancia, previa lectura y ratificación del contenido de la presente acta, firman los colaboradores y personas que intervinieron en la visita, hoy (día/mes/año) 02/10/2023 en Bogotá D.C.</small>			
POR PARTE DE LA AUTORIDAD SANITARIA Nombre: <u>Stephany Sánchez Ojij 099</u> Tipo de documento: <u>C.C.</u> Número de documento: <u>1000460344</u> Profesión u oficio: <u>Médico Veterinario</u> Firma: <u>Stephany Sánchez Ojij</u>		POR PARTE DE LA AUTORIDAD SANITARIA Nombre: <u>Daniel Esteban Sarmiento Lemus</u> Tipo de documento: <u>C.C.</u> Número de documento: <u>7027393455</u> Profesión u oficio: <u>Ingeniero Químico</u> Firma: <u>Daniel Sarmiento L</u>	
POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO Nombre: <u>Juan Arturo Pineda Osorio</u> Tipo de documento: <u>C.C. / M.C.F. / INIT. / PEP. / IPS. / PTP.</u> Número de documento: <u>1019023112</u> Cargo: <u>Representante legal / Propietario / Encargado /</u> Firma: <u>Juan Arturo Pineda Osorio</u>		TESTIGO Nombre: _____ Tipo de documento: <u>C.C. / C.E. / INIT. / PEP. / IPS. / PTP.</u> Número de documento: _____ Firma: _____	

NOTA 1: En caso que el establecimiento en el artículo 47 de la Ley 1437 de 2011, no da respuesta más tarde la respuesta al de los conceptos sanitarios desfavorable o de una medida sanitaria de importidad de la Ley 9 de 1970, se iniciará una investigación administrativa en salud, conforme los criterios establecidos en el artículo 52 de la Ley 1437 de 2011.
NOTA 2: "La Autorización, el suministro y transporte del informe de visita, registrada en el presente documento o sus anexos, exoneran las responsabilidades de la ley, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 280 y 281 del Código Penal Colombiano y Ley 734 de 2002 (Código Unico Disciplinario)"

E.S.E. Subject sur occidente

Fecha: 02/10/2022

1. CÉDULA DEL ESTABLECIMIENTO					
ID Establecimiento:	784271	Número de Inscripción:	5000017405	Número de carpeta: 6201	
Razón social:	NO óptica				
Nombre del establecimiento:	Fumigaciones Especiales y Control Ambiental				
NIT:	1019023112	6	Sede:	Única	
Dirección:	AC 72 91A 11 LC 2				
Ubicación:	NO óptica				
Localidad:	Cundinamarca		UPZ:	Quinta Pera 1	
Barrio:	Santa Rosita		Teléfonos:	312 3655945	
Correo electrónico para notificación:	señorialcliente fecal@gmail.com				
Nombre propietario:	Johan Andrés Prado Osorio				
Tipo de documento:	C.C. <input checked="" type="checkbox"/> G.E. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> PEP <input type="checkbox"/> PS <input type="checkbox"/> PTP <input type="checkbox"/>	Número documento: 1019023112			
Nombre representante legal:	NO óptica				
Tipo de documento:	C.C. <input type="checkbox"/> G.E. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> PEP <input type="checkbox"/> PS <input type="checkbox"/> PTP <input type="checkbox"/>	Número documento: NO óptica			
Dirección de notificación:	AC 72 91A 11 LC 2				
Presencia matrícula mercantil del establecimiento:	Sí <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 0222 9542				
Línea de intervención:	Sequedad Químico				
Intervención:	Sustitución de la fumigación por el control ambiental de acuerdo a lo establecido en la legislación de control ambiental				
Tipo de establecimiento:	Sustitución de la fumigación por el control ambiental de acuerdo a lo establecido en la legislación de control ambiental				
Número de trabajadores:	2	Horario:	Diurno <input checked="" type="checkbox"/> Nocturno <input type="checkbox"/> 24 horas <input type="checkbox"/> Otro:		
Días de funcionamiento:	Lunes a viernes <input type="checkbox"/> Domingo a domingo <input checked="" type="checkbox"/> Fin de semana <input type="checkbox"/> Otro:				
VISITA	DÍA	MES	AÑO	CONCEPTO	MEDIDA SANITARIA SI NO
Vista 1	18	09	2023	favorable con requerimientos	X
Vista 2					
Vista 3					
Vista 4					
MOTIVO DE LA VISITA					
Programación		<input checked="" type="checkbox"/>	Solicitud del interesado	<input type="checkbox"/>	Asociada a peticiones, quejas y reclamos
			Número de radicado:		Número de radicado:
Solicitud oficial		<input type="checkbox"/>	Evento de interés en salud pública	<input type="checkbox"/>	Solicitud de práctica de pruebas/ Procesos sancionatorios administrativos
Número de radicado:					
Otro: <input type="checkbox"/> Especifique:					

2. INFORMACIÓN DE LOS TRABAJADORES

Aspecto a verificar	Número	Hallazgos
2.1 Número de trabajadores administrativos hombres	1	
2.2 Número de trabajadores administrativos mujeres	0	
2.3 Número de trabajadores operativos hombres	1	
2.4 Número de trabajadores operativos mujeres	0	
2.5 Número de trabajadores menores de edad	0	
2.6 Número de turnos de personal operativo por día	9	
2.7 Horas por turno por trabajador	B	

Al suministrar esta información, se autoriza la notificación electrónica

Hoja 15

PERMOS^T VPM

55% EC

Permetrina 25/75

Insecticida: Concentrado emulsionable

Composición: Piretróide

Concentración: 55%

Característica: Es un insecticida piretróide fótoestable de amplio espectro en formulación concentrado emulsionable, ampliamente utilizado en programas de control de artrópodos de importancia sanitaria.

Cuenta con concepto toxicológico y permiso de uso en salud pública expedido por el Ministerio de la Protección Social No. MP-13497 y Registro sanitario No. RGSP 216-2004.

Mecanismo de acción: Permost^T VPM actúa por contacto y por ingestión a nivel de los canales de sodio de las membranas axonales de las células nerviosas, disminuyendo y retardando la conducción de sodio al interior de la célula y suprimiendo el flujo de potasio. También puede inhibir la enzima Adenosin trifosfatasa (ATPasa), lo que se traduce en la inhibición en la conducción de cationes

en la membrana axonal. El resultado final es una disminución del potencial de acción y la generación de impulsos nerviosos repetitivos que le producen la muerte al insecto.

Precauciones en la aplicación:

- Mantener el producto fuera del alcance de los niños y personas irresponsables, preferiblemente bajo llave.
- Evitar el almacenamiento con alimentos, medicamentos y pienso para animales.
- No contaminar fuentes de agua, el producto es tóxico para los peces.
- No comer, fumar o beber durante la aplicación.
- Utilizar guantes y equipos de protección personal durante la aplicación
- En caso de intoxicación consulte al médico llevando copia de la etiqueta del producto. El tratamiento es sintomático.

La opción profesional para el control general de insectos plaga a nivel urbano, rural e industrial

Uso:	Equipo	Plagas	Dosis	Lugar
Nebulizadores	moscas, mosquitos y polillas	3ml/Litros de agua		Instalaciones, industriales, pecuarios, aviones, autobuses, hospitales, ambientes domésticos
Termonebulizador		8 ml/LACPM o aceite mineral para tratar 2000 ml ³		
Aspersores de gotas gruesas	Cucarachas pulgas, arañas, chinches, lepismas	Choque: 50 ml/10 Litros de agua para 250m ² Mantenimiento: 25 ml/0 Litros de agua para 250 m ²		

Mecanismos de Acción: **BRODIFACOUUM VPM® Bloques** son productos rodenticidas anticoagulantes de segunda generación o de dosis únicas. Inhiben la formación de protrombina a trombina, impidiendo la coagulación de la sangre, lo que se traduce en hemorragias internas que le producen la muerte a roedores. No producen recelo.

Uso: **BRODIFACOUUM VPM®** en cualquiera de sus formulaciones no requiere de adiciones de alimentos para mezclar porque vienen listos para usar. Brodifacoum es el anticoagulante más potente sintetizado hasta la fecha.

La dosis por punto de cebados es de 10 a 20 gramos de producto formulado. Para su aplicación se utiliza la técnica de cebadura de pulso o intermitente, es decir, con una periodicidad semanal hasta que el consumo por parte de los roedores se detenga; esto es un indicador de disminución de la población, basta colocarlo una sola vez sobre los sitios que muestren señales de presencia de la plaga tales como: huellas, excrementos, roeduras, daños en el mobiliario, madrigueras y sendas.

Debido a la alta potencia raticida de **BRODIFACOUUM VPM®**, una aplicación es suficiente, sin embargo ante infestaciones severas, es conveniente repetir la dosis.

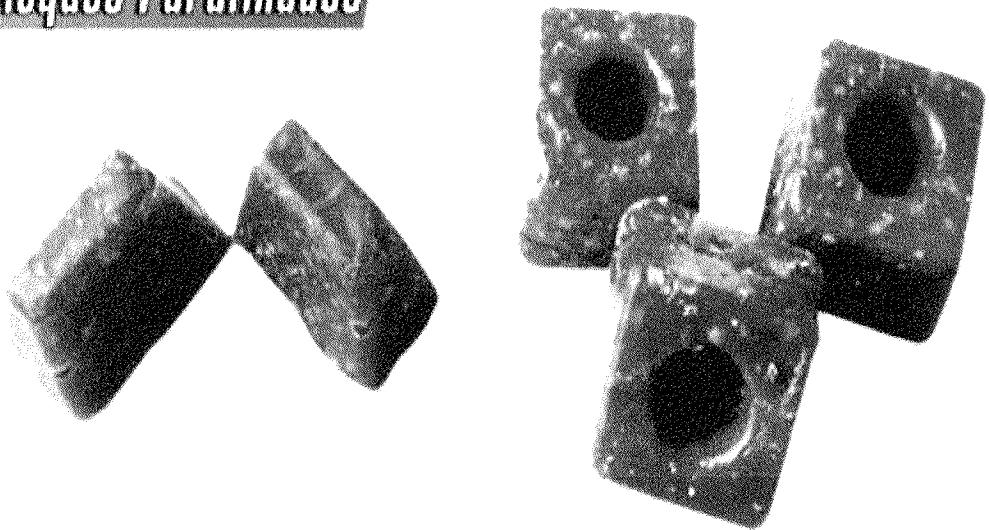
En zonas activas como solares y campos abandonados, se sugiere aplicar de 1 a 3 kilos de bloques parafinados por hectárea. Para viviendas en campañas masivas de desratización se recomienda una dosis de 50 gramos de la formulación gránulos pelletizados por casa.

Precauciones:

- Mantener el producto herméticamente cerrado en su envase original y en un lugar fresco y cerrado.
- No comer, beber o fumar durante la aplicación.
- Evitar el contacto con la piel.
- Utilizar guantes y medidas de protección adecuadas.
- Destruir el envase una vez utilizado.
- Recoger y enterrar los roedores muertos o en lo posible incinerarlos.
- No tocar el cebo con la mano, evítese el contacto con productos de olor fuerte dado que estos reducen la aceptación y la palatabilidad del rodenticida.
- Mantener alejado de alimentos, medicamentos y concentrados para animales.
- En caso de intoxicación llevar una copia de la etiqueta al facultativo. El antídoto específico es la vitamina K1.

BRODIFACOUUM VPM

Bloques Parafinados



Rodenticida anticoagulante monodósico

Generalidades: Los roedores plaga como ratas y ratones tienen una gran importancia en la salud pública y veterinaria debido a que son transmisores de importantes enfermedades tanto al hombre como a los animales domésticos. Los roedores son responsables de daños estructurales en edificios, son causantes de enormes daños económicos a nivel de cosechas, en los granos almacenados, en la industria avícola, porcícola, lechera y establos en general.

El hombre crea el medio ambiente ideal para estas plagas brindándoles constantemente fuentes de refugio, agua y alimentación.

Ingredientes: **BRODIFACOUUM VPM®** al 0.005% equivalente a 50 mg de I.A./Kg de cebo formulado y benzoato de denatonium 0.001 % como preventivo de intoxicaciones en humanos. Viene disponible en dos tipos de formulaciones:

Registro sanitario: RGSP-263-2005.

Concepto toxicológico: EP-13656-2005

Especificación Interina de la Organización Mundial de la Salud para el ingrediente activo Brodifacouum: WHO/ISRoT/1

Especificación Interina de la Organización Mundial de la Salud para los cebos a base de Brodifacoum:

WHO/IS/7.Ro1.1.R2

E.S.E: <i>Autotransporte</i>		Fecha: 10 10 2013	
IDENTIFICACIÓN DEL VEHÍCULO			
ID vehículo: <i>AV600</i>	Número de Inscripción: <i>40535</i>	Número de carpeta:	
Nombre del establecimiento o lugar donde se realiza la inspección: <i>CEP 2000</i>			
Dirección donde se realiza la inspección: <i>Av. 2000 - 2000</i>			
Localidad: <i>Armenia</i>	Barrio: <i>Ricardo</i>		
UPZ: <i>Armenia</i>	Nombre del propietario del vehículo: <i>Diego Alvaro Tafolla</i>		
Tipo de documento: C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> PEP <input type="checkbox"/> PS <input type="checkbox"/> PTP <input type="checkbox"/> Número: <i>4056426</i>			
Correo electrónico para notificación* <i>correo@correo.com</i>			
Dirección de Notificación: <i>Av. 2000 - 2000</i>		Teléfono: <i>315223833</i>	
Nombre del propietario del producto: <i>Diego Alvaro Tafolla</i>			
Tipo de documento: C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> PEP <input type="checkbox"/> PS <input type="checkbox"/> PTP <input type="checkbox"/> Número: <i>100-200-00</i>			
Correo electrónico para notificación* <i>correo@correo.com</i>			
Dirección de Notificación: <i>Av. 2000 - 2000</i>		Teléfono: <i>315223833</i>	
Línea de intervención: <i>Autotransporte</i>			
Clase de vehículo: <i>Autotransporte</i>	Tipo de carrocería: <i>Autotransporte</i>		
Modelo: <i>2012</i>	Marca: <i>Citroen</i>	Placa: <i>4056631</i>	
Sistema de refrigeración: SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>			
Número de trabajadores:	Horario: Diurno <input type="checkbox"/> Nocturno <input type="checkbox"/> 24 horas <input checked="" type="checkbox"/> Otro:		
Días de funcionamiento: Lunes a viernes <input type="checkbox"/> Domingo a domingo <input type="checkbox"/> Fin de semana <input type="checkbox"/> Otro: <input type="checkbox"/>			
Tipo de productos que transporta: <i>Cerveza, Bebidas, Alimentos</i>			
CONCEPTO SANITARIO DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN			
FECHA DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN <i>10/10/2013</i>	Favorable <input type="checkbox"/>	% De cumplimiento de la última inspección	%
	Favorable con requerimientos <input type="checkbox"/>		
	Desfavorable <input type="checkbox"/>		
MOTIVO DE LA INSPECCIÓN			
Programación <input type="checkbox"/>	Solicitud del interesado <input type="checkbox"/> Número de radicado:	Asociada a peticiones, quejas y reclamos <input type="checkbox"/> Número de radicado:	
Solicitud oficial <input type="checkbox"/> Número de radicado:	Evento de interés en salud pública <input type="checkbox"/>	Solicitud de práctica de pruebas/ Procesos sancionatorios admin <input type="checkbox"/>	
Otro: <input type="checkbox"/> Especifique: <i></i>			
EVALUACIÓN		CALIFICACIÓN	
Aceptable	A	Marque con una X cuando el vehículo cumple la totalidad de los requisitos des- critos en el instructivo para el aspecto a evaluar.	
Aceptable con Requerimiento	AR	Marque con una X cuando el vehículo cumple parcialmente los requisitos des- critos en el instructivo para el aspecto a evaluar.	
Inaceptable	I	Marque con una X cuando el vehículo no cumple con ninguno los requisitos descritos en el instructivo para el aspecto a evaluar.	
Criticó	C	Marque con una X la casilla "C" cuando el incumplimiento del aspecto a verificar afecte la inocuidad de los alimentos y deba aplicar Medida Sanitaria de Seguridad que impida	

1. CONDICIONES SANITARIAS DEL VEHÍCULO				
1. DISEÑO DE LA UNIDAD DE TRANSPORTE	A	AR	I	HALLAZGOS
1.1 Diseño sanitario del vehículo. (Decreto 561 de 1984, Art. 98. Decreto 2278/1982 Art. 365, 367, 368, 369 y 373. Decreto 616 de 2006 Art.57, Art. 58 y Art. 59. Resol. 2674/2013. Art. 29, Núm. 5 y 9. Resol. 2505/2004. Art. 4.)	X	12		
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE				La calificación del bloque corresponde al 12% del total del acta
2. EQUIPOS Y UTENSILIOS	A	AR	I	HALLAZGOS
2.1 Condiciones de los utensilios. (Decreto 561 de 1984, Art. 98. Decreto 2278/1982 Art. 366 y 368. Resolución 2505 de 2004, Art. 4. Resol. 2674/2013. Art. 29, Núm. 1 y 5. Art. 9, Núm. 1, 2. Resoluciones 683, 4142 y 4143 de 2012; 834 y 835 de 2013.)	X	12		
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE				La calificación del bloque corresponde al 12% del total del acta
3. PERSONAL MANIPULADOR DE ALIMENTOS	A	AR	I	HALLAZGOS
3.1 Estado de salud. (Resol. 2674/2013. Art. 11, Núm. 5. Art. 14, Núm. 12.)	X	13		
3.2 Reconocimiento Médico (Resolución 2674 de 2013, Artículo 11, Numeral 1; 2, 3, 4)	X	4		
3.3 Prácticas higiénicas. (Resolución 2674/2013, Artículo 14, Numerales 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13 y 14.)	X	13		

CONTINUACIÓN 3. PERSONAL MANIPULADOR DE ALIMENTOS	A	AR	I	HALLAZGOS
3.4 Educación y Capacitación (Resolución 2674/2013, Artículos 12 y 13. Artículo 36.)	6			Se observó a los empleados que no tienen el certificado de formación
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE			23	La calificación del bloque corresponde al 36% del total del acta
4. SANEAMIENTO	A	AR	I	HALLAZGOS
4.1 Limpieza del vehículo. (Resolución 2674/2013. Art. 29, Núm. 4 y 5.)	15			
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE			15	La calificación del bloque corresponde al 15% del total del acta
5. VERIFICACIÓN SOBRE EL PRODUCTO	A	AR	I	HALLAZGOS
5.1 Condiciones de conservación del producto. (Decreto 2278/1982 Art. 368, 369, 373. Decreto 561 de 1984, Art. 89, 97, 98, 99. Resol. 2674/2013. Art. 29, Núm. 6, 7, 8. Art. 30, Parágrafo 1 y 2.)	20		0	
5.2 Empaque, Rotulado y vida útil. (Decreto 561 de 1984, Art. 73. Decreto 5109 de 2005. Resol. 2674/2013. Art. 19, Numeral 2. Art. 29, Núm. 1.)	5		0	

II. CONCEPTO SANITARIO

% De cumplimiento	CONCEPTO	Seleccione con una (X) el concepto sanitario a emitir	Nivel de cumplimiento	En caso que uno o más de los aspectos a evaluar sea identificado como crítico y calificado como Inaceptable (I), independiente del porcentaje de cumplimiento obtenido, el CONCEPTO SANITARIO a emitir será DESFAVORABLE y se procederá a aplicar la MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD respectiva.
X	Favorable		90-100%	En caso que uno o más de los aspectos a evaluar sea identificado como crítico y calificado como Inaceptable (I), independiente del porcentaje de cumplimiento obtenido, el CONCEPTO SANITARIO a emitir será DESFAVORABLE y se procederá a aplicar la MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD respectiva.
	Favorable con requerimientos		60-89,9%	
	Desfavorable		<59,9%	

III. RELACIÓN DE LAS MUESTRAS TOMADAS EN EL ESTABLECIMIENTO

Número total de muestras tomadas	
Número del acta de toma de muestras	

IV. REQUERIMIENTOS SANITARIOS

Se debe ajustar el vehículo a la normatividad sanitaria vigente corrigiendo los hallazgos registrados en la presente acta

V. APLICACIÓN DE MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD

Congelación	<input type="checkbox"/>	Suspensión total de trabajos o servicios	<input type="checkbox"/>
Decomiso	<input type="checkbox"/>	Destrucción o desnaturalización	<input type="checkbox"/>

VI. OBSERVACIONES

Por parte de la autoridad sanitaria:

Atención de la persona que atiende la inspección

Observaciones por parte de la persona que atiende la inspección:

ninguna

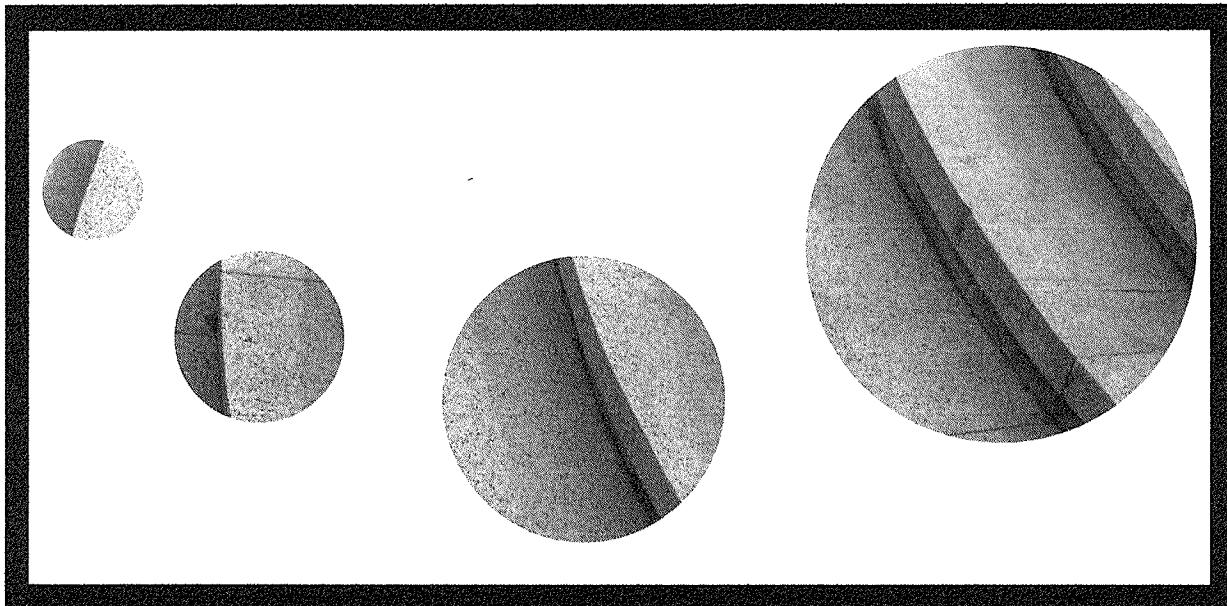
VII. NOTIFICACIÓN DEL ACTA

Para constancia previa lectura y ratificación del contenido de la presente acta firman los colaboradores y personas que intervinieron en la visita, hoy 16 del mes de 10 del año 2023 en la ciudad de Bogotá D. C.

De la presente acta se deja copia en poder del interesado, propietario, representante legal, responsable del vehículo o quien atendió la inspección.

NOTA: El acta debe ser notificada dentro de un plazo no mayor de (5) días contados a partir de la realización de la visita.

POR PARTE DE LA AUTORIDAD SANITARIA	POR PARTE DE LA AUTORIDAD SANITARIA
Nombre: <i>Andrés Gómez</i>	Nombre: <i>Andrés Gómez</i>
Tipo de documento: <i>C.C.</i>	Tipo de documento: <i>C.C.</i>
Número de documento: <i>100000000000000</i>	Número de documento: <i>100000000000000</i>
Profesión u oficio: <i>Encargado de la salud pública</i>	Profesión u oficio: <i>Encargado de la salud pública</i>
Firma: <i>Andrés Gómez</i>	Firma: <i>Andrés Gómez</i>
PERSONA QUE ATIENDE LA INSPECCIÓN	TESTIGO
Nombre: <i>Andrés Gómez</i>	Nombre: <i>Andrés Gómez</i>
Tipo de documento: C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> PEP <input type="checkbox"/> PS <input type="checkbox"/> PTP <input type="checkbox"/>	Tipo de documento: C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> PEP <input type="checkbox"/> PS <input type="checkbox"/> PTP <input type="checkbox"/>
Número de documento: <i>100000000000000</i>	Número de documento: <i>100000000000000</i>
Cargo: Encargado <input type="checkbox"/> Conductor <input checked="" type="checkbox"/>	Firma: <i>Andrés Gómez</i>
Firma: <i>Andrés Gómez</i>	



Dayron Andrés

Cante Pira



Crra82g#71a24sur

Bosa Palestina.

Cel.: 3026866405 - 301756434

andresmillos_cante@hotmail.com

PERFIL

Dinámico, creativo, adaptable al cambio, organizado y con iniciativa para realizar diferentes funciones; con gran capacidad para trabajar en equipo.

EXPERIENCIA LABORAL

GRUPO LOGISTICO ESTAMCOL S.A.S

CARGO: Auxiliar de bodega

FECHA DE INGRESO: 16/04/2018

FECHA DE FINALIZACION: 30/11/2019

FUNCIONES:

Empacar; embalar, marcar, rotular, unitarizar y consolidar mercancía.

Cargar según los requerimientos de los clientes.

Aplicar métodos de recibido y despacho de materias primas, bienes y mercancías.

Revisar y controlar los productos según la naturaleza del sistema de almacenaje.

Manejo de gato-hidráulico.

NOMBRE: Fernanda Oyos

NÚMERO: 3204856410

EXPERIENCIA LABORAL

CARGO: CONDUCTOR

FECHA DE INGRESÓ:08/06/2022

FECHA DE FINALIZACIÓN : 20/03/2023

NOMBRE: Jhon Fonseca

NÚMERO: 3213597724

FUNCIONES

Cargue y descargue de mercancía, transporte de mercancía a su debido sitio o ubicación

FORMACIÓN ACADÉMICA

_ BASICA PRIMARIA

Colegio Fernando Mazuera Villegas
2009

BASICA SECUNDARIA

Colegio Inmaculado Corazón de maría
2016

a solicitud

NOTA: Referencias y certificados

EXPERIENCIA LABORAL

CARGO: AUXILIAR DE TURBO CARGE Y DESCARGE

FECHA DE INGRESO: 09/02/2020

FECHA DE FINALIZACION: 27/07/2020

NOMBRE: Juan Pablo Gómez

NÚMERO: 3012406032

FUNCIONES:

Realizar la entrega de pedidos con sus respectivos horarios y funciones adecuadas para obtener una buena entrega

EXPERIENCIA LABORAL

CARGO: AUXILIAR DE BODEGA FECHA
DE INGRESÓ: 16/02/2021

FECHA DE FINALIZACIÓN : 12/02/2022

NOMBRE: Jhon Céspedes

Número 3123138505

FUNCIONES :

Realizar el alistamiento de pedidos en picking y packing

Cumpliendo con su respectivo orden

CEDULA DE
CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.000.792.102



Firma

Apellidos
CANTE PIRA

Nombres
DAYRON ANDRES

Nacionalidad
COL 1.73 Sexo
Fecha de nacimiento
13 ABR 2000 G.S.
13 ABR 2000 O+

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
18 ABR 2018, BOGOTA D.C.

Fecha de expiración
18 JUL 2033

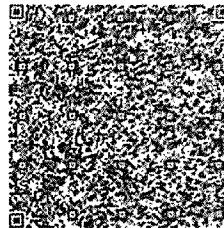


.CO

027519848
027519848



REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Roche



ICCOL027519848615001<<<<<<<
0004134M3307180COL1000792102<3
CANTE<PIRA<<DAYRON<ANDRES<<<<



MINISTERIO DE COMUNICACIONES

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE CONDUCCIÓN

No. 1000/92102

NOMBRE:

DAYRON ANDRES CANTE PIRA

FECHA DE NACIMIENTO:

13-04-2000

BANDERA:

O+

FECHA DE EXPEDICIÓN:

17-10-2023

RESTRICCIONES DEL CONDUCTOR:



ORGANIZACIÓN DE TRÁNSITO EXPEDIDOR:

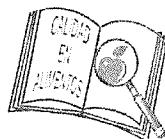
SDM - BOGOTÁ D.C.

CATEGORIAS AUTORIZADAS				
CATEGORIAS	CLASE DE VEHICULO	PERIODO	CONDICIONES	
B1	PILOTO DE VEHICULOS AUTOMOTRICES DE PASAJEROS Y EXCEPCIONES DE PASAJEROS	17-10-2023	PASAJEROS	
C1	PILOTO DE VEHICULOS AUTOMOTRICES DE PASAJEROS Y EXCEPCIONES DE PASAJEROS	17-10-2023	PASAJEROS	



ESTA LICENCIA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

LC03006688394



CERTIFICADO DE MANIPULACION DE ALIMENTOS

Según Decreto 1500 de 2007 - Resolución 2674 de 2013 - Decreto 1686 de 2012

Certifico a:

No 82680

DAYRON ANDRES CANTE PIRA

Identificado con c.c.: 1.000.792.102

*Certificado de asistencia al plan de capacitación
continuo en manejo higiénico de Alimentos con una
intensidad de diez (10) horas anuales.*

Verifique la autenticidad de este documento comunicándose directamente
con la Ingeniera France Cendales al correo ingyuri2001@yahoo.es o al
whatsApp 316 553 2593 para hacer validación de este documento.
Este certificado es personal e intransferible.

Vence:

17 OCT 2021

*France Cendales F.adiac
Nit. 52.982.826-3
Ingeniera de Alimentos
UNIAGRARIA*

France Cendales
Firma Capacitador Autorizado
E-mail: ingyuri2001@yahoo.es
Teléfono: 2 99 03 88 - 496 1691 Cel: 316 5 53 25 93

FORMULARIO UNICO DE AFILIACION Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS



No de Radicacion
4011152262

Fecha de Radicación
2 0 1 0 2 0 2 3

I. DATOS DEL TRÁMITE

(Lea las Instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

Página 1 de 2

1. tipo de trámite	2. Tipo afiliación	A. Individual:	3. Régimen
A. Afiliación <input type="checkbox"/>	B. Reporte de Novedades <input checked="" type="checkbox"/>	A. Colectiva <input type="checkbox"/>	- Colizante Cabeza de familia <input checked="" type="checkbox"/>
1. Tipo de afiliado		B. Institucional <input type="checkbox"/>	- Beneficiario afiliado adicional <input type="checkbox"/>
A. Colizante <input checked="" type="checkbox"/>		B. De oficio <input type="checkbox"/>	B. De oficio <input type="checkbox"/>
B. Cabeza de Familia <input type="checkbox"/>		C. Beneficiario <input type="checkbox"/>	
C. Beneficiario <input type="checkbox"/>		A. Dependiente <input type="checkbox"/>	B. Independiente <input checked="" type="checkbox"/>
A. Dependiente <input type="checkbox"/>		C. Pensionado <input type="checkbox"/>	
A. AFILIACIÓN			

I. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres	CANTE Primer apellido	PIRA Segundo apellido	DAYRON Primer nombre	ANDRES Segundo nombre
7. Tipo documento de identidad	CC	8. Número del documento de identidad	1000792102	9. Sexo
				Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>
				10. Fecha de nacimiento 1 3 04 2 0 0 0

II. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales	11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial
	6	Tipo ENM	Condición TIP	

15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC
---	---------------------------------	--------------------------------------

SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	PORVENIR FPC	1160000		
18. Residencia				
CR 82G 71A 24 SUR Dirección	3026866405 Teléfono fijo	3026866405 Teléfono celular	ANDRESMILLOS_CANTE@HOTMAIL.COM Correo electrónico	
BOGOTA Municipio/Distrito	zona	Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	BOGOTA Localidad / comuna	Departamento

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante	19. Apellidos y nombres completos	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
20. Tipo documento de identidad	21. Número documento identidad			22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
				Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales	24. Apellidos y nombres	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

25. Tipo documento de identidad	26. Número de identidad	27. Sexo	28. Fecha de nacimiento
		Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	

Datos complementarios	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad	Tipo	Condición
			F	N	M

32. Datos de residencia	Municipio/Distrito	Zona	Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
		Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>			

34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	Codice de la IPS (a registrar por la EPS)
C VS GRAN PLAZA BOSA - VS GRAN PLAZA BOSA	VSPLAZABOS - VSPLAZABOS
B	-
B	-
B	-

35. Nombre o razón social	36. Tipo de identificación	37. Número de documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
DAYRON ANDRES CANTE PIRA	CC	1000792102	01
39. Ubicación	CR 82G 71A 24 SUR Dirección	3026866405 Teléfono	ANDRESMILLOS_CANTE@HOTMAIL.COM Correo electrónico
			BOGOTA Municipio/distrito
			BOGOTA Departamento

M-PYGA-F001 V 1.0-2016

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/o corrección datos complementarios
 - 5. Terminación de la inscripción en la EPS.
- Código:
- 6. Reinscripción en la EPS
 - 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
 - 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
 - 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
 - 10. Terminación de la relación laboral o perdida 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 Subsidiado
- 14. Traslado: A. Mismo régimen
 B. Diferente régimen
- 15. Reporte de fallecimiento
- 16. Reporte del trámite de protección al cesante
- 17. Reporte de la calidad de pre-Pensionado
- 18. Reporte de la calidad del pensionado

V. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	Sexo	Fecha de nacimiento

42. Fecha

1|8|1|0|2|0|2|3

43. EPS anterior

44. Motivo de traslado

Código:

EPS005

1

45. Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones

VI. 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 documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- 49. Declaración de no intención del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora 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 celular como mensaje de texto.

VII. FIRMAS

Dayron Andres Conte

Dayron Andres Conte

54. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario

55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio

XANEXOS

56. Anexo Copia del documento de identidad: CN. RC. TI. CC. PA. CE. CD. sc.

Cantidad: 1 Total: 1

57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.

58. Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.

59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.

60. Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor.

61. Copia orden judicial o 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 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 consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

VIII. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial

Código del municipio

Código del Departamento

67. Datos del SISBEN

Número ficha

Puntaje

Nivel

68. Fecha de radicación

69. Fecha de validación

70. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido

Segundo apellido

Primer nombre

Segundo nombre

71. Firma del funcionario

Tipo documento de identidad

Número documento de identidad

Observaciones

Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capítulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, así como la veracidad de las demás información registrada.

M-PYGA-F001 V 1.0-2018

CUESTIONARIO CARTA DE DERECHOS DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE Y CARTA DE DESEMPEÑO

Información para ser diligenciada por el cotizante del grupo familiar:

Primer apellido	Segundo apellido (o de casada)	Primer nombre	Segundo nombre
CANTE	PIRA	DAYRON	ANDRES
No de identificación	Tipo de documento	Fecha de nacimiento	Sexo
1000792102	X	2000 04 13	X
			2023 20 10

CUESTIONARIO CARTA DE DERECHOS DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE Y CARTA DE DESEMPEÑO

Apreciado Protegido: La Carta de derechos del afiliado y del paciente, y la carta de desempeño, se constituyen en herramienta importante de consulta, para que conozca sus derechos y deberes, al igual que la infraestructura con la que contamos para brindarle la mejor atención, lo estipulado en normatividad vigente y por supuesto, los canales de comunicación con los que puede hacernos llegar sus comentarios y sugerencias.

Con el fin de garantizar la entrega de este importante documento le solicitamos responder el siguiente cuestionario:

1. ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente? X
2. ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking? X
3. ¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y deberes del afiliado y del paciente? X
4. ¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS? X
5. ¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS? X

Medio de entrega deseado: Electrónico X Físico __

CONSENTIMIENTO PARA ENVÍO VIRTUAL (solo para entrega electrónica)

Así pues, con el fin de garantizar su entrega, le solicitamos su respectiva autorización para realizar el envío de La Carta de derechos del afiliado y del paciente y la Carta de desempeño a su correo electrónico:

"Yo: DAYRON ANDRES CANTE PIRA identificado con el documento de identidad: C No. 1000792102, doy mi consentimiento para que Salud Total EPSS envíe al correo electrónico ANDRESMILLOS_CANTE@HOTMAIL.COM la Carta de derechos del afiliado y la Carta de desempeño

Firma del afiliado (Cotizante):

Dayron Andres Conte

Nombres y Apellidos: DAYRON ANDRES CANTE PIRA
Número de identificación: 1000792102

Fecha de diligenciamiento
2023 20 10

FIRMA A RUEGO

A ruego del señor(a) _____ Identificado (a) con el documento de identidad:
No. _____ quien manifiesta no saber firmar o no poder firmar, lo hace en su nombre, el señor (a) _____
mayor de edad, Identificado (a) con documento de identidad _____ No. _____
y sin ningún impedimento para dar fe de la información que está recibiendo, 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:
Documento de Identidad:
Edad:
Domicilio:

Nombres y apellidos de la persona de quien
no sabe firmar

Huella digital del cotizante
(en caso de no saber firmar)

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Con la suscripción del presente documento, en cumplimiento a la ley 1581 de 2012 y demás normas que reglamenten, modifiquen o deroguen, hago constar expresamente que Salud Total EPS-S S.A. me informó sobre los derechos que me asisten como titular de datos personales y, por tanto, AUTORIZO de manera libre e informada a Salud Total EPS-S S.A., con Nit. 830.140.907-4 como responsable del tratamiento de datos personales, para la recolección, almacenamiento, uso desde el momento de mi afiliación, continuación de uso y tratamiento de mis datos personales, los cuales serán almacenados en bases de datos que se encuentran en medios físicos y/o magnéticos para los siguientes fines:

- Afiliación, traslado, identificación, validación de derechos y actualización de datos de los protegidos.
- Autorizaciones de servicios de salud requeridos por los protegidos.
- Caracterización, seguimiento, identificación de la población y gestión del riesgo.
- Garantizar la prestación de las tecnologías en salud cubiertas por el Plan Obligatorio de Salud Contributivo en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías.
- La asignación y/o reasignación de citas, recaudo y recuperación de cartera, información y demás operaciones relacionadas con el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Cumplimiento de las obligaciones propias del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Evaluación de indicadores de alertas tempranas, oportunidad y calidad de los productos y servicios brindados.
- Identificación de Proveedores y Prestadores, así como medición de necesidad, oportunidad y calidad en los productos y servicios prestados por éstos.
- Transferencia y/o transmisión al exterior de datos personales, transferencia y/o transmisión de datos con las empresas vinculadas o matrices, con empresas de auditoria o revisoría fiscal, con prestadores de servicios de salud públicos o privados, así como con proveedores necesarios para el desarrollo de las anotadas finalidades y del objeto social de SALUD TOTAL EPS-S S.A., con los cuales se tienen contratos en aras de cumplir con los deberes de acceso y confidencialidad, así como de tomar las medidas técnicas y tecnológicas necesarias para el aseguramiento de los datos.
- Dar a conocer los diferentes servicios y productos ofrecidos por la EPS, temas de publicidad y en general mantener contacto con los usuarios y afiliados mediante cualquier medio de comunicación (escrito y/o electrónico), con el fin de adelantar cualquier trámite necesario para el desarrollo del objeto social de SALUD TOTAL EPS-S S.A.
- Cualquier otra operación necesaria para el desarrollo del objeto social de SALUD TOTAL EPS S.A. atendiendo a su naturaleza y el cumplimiento a los protocolos de bioseguridad.
- Cumplimiento de requerimientos legales de entidades administrativas o jurisdiccionales inclusive después de terminada la relación contractual y en general para el cumplimiento de obligaciones contractuales y legales de Salud Total EPS-S S.A.

Se aclara que la información referente a beneficiarios y miembros del grupo familiar en los que pueden encontrarse datos de niñas, niños y adolescentes, datos de la salud y datos biométricos como (fotografías, huellas, videos, entre otros) son datos sensibles, sobre los cuales no está obligado a autorizar su tratamiento; no obstante lo anterior, solo serán utilizados por la Empresa para el cumplimiento de las obligaciones propias del Sistema General de Seguridad Social en Salud y de los sistemas integrados de gestión adoptados por Salud Total EPS-S S.A.

Como Titular de datos personales, sé que tengo derecho a conocer, actualizar y rectificar mis datos personales, solicitar prueba de la autorización otorgada para su tratamiento, ser informado sobre el uso que se ha dado a los mismos, presentar quejas ante la SIC, revocar la autorización y/o solicitar la supresión de sus datos en los casos en que sea procedente y acceder en forma gratuita a los mismos a través de los canales de comunicación para tal fin, establecidos en la Política de protección de datos personales de Salud Total EPS-S S.A. que declaro conocer y aceptar, publicada en la página web: www.saludtotal.com.co, igualmente en cualquier momento puedo ejercer mis

derechos y comunicarme con el responsable del tratamiento de los datos personales por solicitud dirigida al E-mail: protecciondatos@saludtotal.com.co, al Teléfono: (57+1) 4854555 y a nivel nacional 018000 114524.

Firma del afiliado (Cotizante) Dayron Andres Cante.

Número de identificación: 1000792102

www.saludtotal.com.co
Línea local en Bogotá 4854555
Línea Nacional de atención al cliente 018000114524
Síguenos en  Salud Total EPS. Oficial

Tu salud no
es a medias
debe ser total

Salud Total..

M-PYGA-F007 V 2.0 2021

Medellín, 20 de October de 2023

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

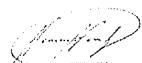
Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de PATIÑO LONDON GLORIA EUGENIA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo: 0004604201	CONDUCTOR			Clase: 4	Porcentaje Cotización:	4.35 %
C1000792102	CANTE PIRA DAYRON ANDRES	21/10/2023		30146209	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,



Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 20/10/2023 16:03:43 .

Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.

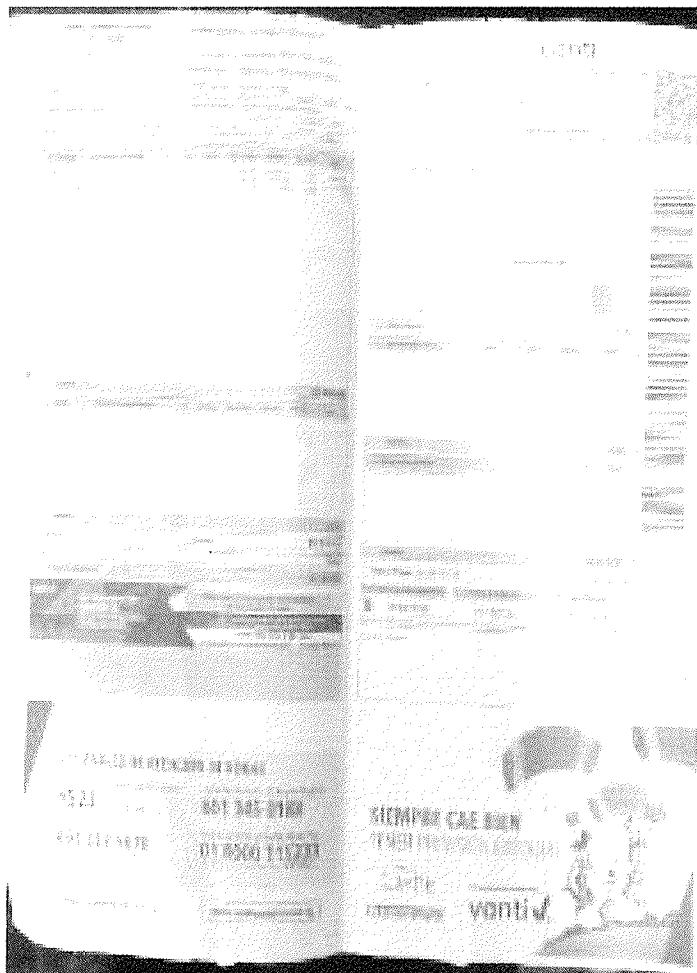
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.156.236.176, 192.230.104.3, 172.16.42.57

DAYRON ANDRES
CANTE PIRA

C.C 10000792102
Nit 051962387
Afiliado DEP
Empresa GLORIA EUGENIA PATIÑO
LONDÓN





2. Concepto 02 Actualización

4. Número de formulario

14957989156



(415)7707212489984(8020)0000014957989156

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 0 4 9 6 1 6 4 3 6

6. DV

1 12. Dirección seccional
Impuestos y Aduanas de Tunja

2 0

14. Buzón electrónico

IDENTIFICACIÓN					
24. Tipo de contribuyente Persona natural o sucesión ilimitada	25. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía	26. Número de Identificación 1 0 4 9 6 1 6 4 3 6	27. Fecha expedición 2 0 0 7, 0 5, 0 7		
Lugar de expedición COLOMBIA	28. País 1 6 9	29. Departamento Boyacá	30. Ciudad/Municipio Tunja	0 0 1	
31. Primer apellido CUERVO	32. Segundo apellido FONSECA	33. Primer nombre EDGAR	34. Otros nombres DARIO		
35. Razón social					
36. Nombre comercial			37. Sigla		

UBICACIÓN

38. País COLOMBIA	39. Departamento 1 6 9	40. Ciudad/Municipio Boyacá	1 5	Tunja	0 0 1
----------------------	---------------------------	--------------------------------	-----	-------	-------

41. Dirección principal CR 8 48 16 BRR JOSE JOAQUIN CAMACHO	42. Correo electrónico dacufo@hotmail.com	43. Código postal	44. Teléfono 1 7 4 4 4 9 7 9	45. Teléfono 2 3 1 1 5 2 2 3 8 3 7
--	--	-------------------	---------------------------------	---------------------------------------

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal 46. Código 4 9 2 3		Actividad secundaria 47. Fecha inicio actividad 2 0 2 3, 0 1 0 2		Otras actividades 50. Código 1 2	
48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	51. Código 2 3 1 2	52. Número establecimientos	

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	

Obligados aduaneros

54. Código	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	55. Forma	56. Tipo	57. Servicio 1 2 3
	11 12 13 14 15 16 17 18 19 20			58. Modo 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

59. Anexos SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	60. N.º de Folios:	61. Fecha
---	--------------------	-----------

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 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre
985. Cargo

Dra. Luz Elena Landazabal G.

MEDICO GENERAL -UNIVERSIDAD DEL CAUCA
Carrera 26B # 42 37 Sur – CELULAR 3202293694

FECHA:

OCTUBRE 17 DE 2023

NOMBRE:

DAYRON ANDRÉS CANTE PIRÁ

DOC DE IDENTIDAD: C.C. 1.000.792.102

CERTIFICACION MÉDICA

CERTIFICO QUE EL PACIENTE EN MENCION NO PRESENTA AL MOMENTO DEL EXAMEN MEDICO NINGUNA ENFERMEDAD DE ORIGEN DERMATOLOGICO, NI RESPIRATORIO (ENFERMEDADES PULMONARES), NI ENFERMEDAD INFECTOCOCONTAGIOSA QUE IMPIDAN DESARROLLAR SU LABOR; DE ACUERDO A ESTE EXAMEN MEDICO REALIZADO EL PACIENTE ES APTO PARA VIVIR EN COMUNIDAD Y APTO PARA MANIPULAR ALIMENTOS.

Luz Elena Landazabal G.
FIRMA Y SELLO

DRA. LUZ ELENA LANDAZABAL CC. 34522500