



# REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE



LICENCIA DE TRÁNSITO No.

10030254960

PLACA  
WFQ631

MARCA  
CHEVROLET

LINEA  
NHR

MODELO  
2017

CILINDRADA CC  
2.999

COLOR  
BLANCO GALAXIA

SERVICIO  
PÚBLICO

CLASE DE VEHÍCULO  
CAMIONETA

TIPO CARROCERÍA  
FURGON

COMBUSTIBLE  
DIESEL

CAPACIDAD Kg/PSJ  
1700

NÚMERO DE MOTOR  
2T5034

REG VIN  
N 9GDNLR774HB030667

NÚMERO DE SERIE  
9GDNLR774HB030667

REG NÚMERO DE CHASIS REG  
N 9GDNLR774HB030667 N

PROPIETARIO, APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)  
CUERVO FONSECA EDGAR DARIO

IDENTIFICACION  
C.C. 1049616436

REGISTRACIÓN MONITOREO

BLINDAJE

POTENCIA HP

\*\*\*\*\*

104

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

FECHA IMPORT.

PUERTAS

03/201600142/27/17

1 28/10/2016

2

IMITACIÓN A LA PROPIEDAD

COMPONENTE

FECHA MATRÍCULA

FECHA EXP. LIC. TTD.

FECHA VENCIMIENTO

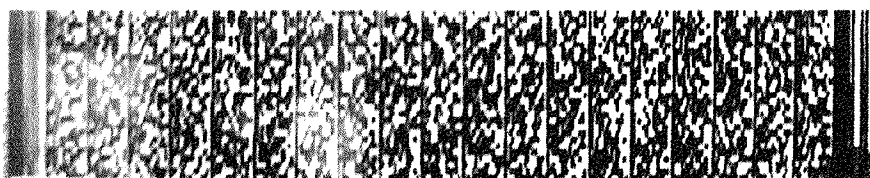
07/03/2017

17/10/2023

\*\*\*\*\*

CÓDIGO NÚMERO DE TRÁNSITO

STRIA TTEYMOV CUNDINAMARCA/COTA



LT07002772323

# SOAT



**PREVISORA**  
SEGUROS

FECHA DE EXPEDICION: 2023-03-06  
VIGENCIA DESDE: 2023-03-07  
HASTA: 2024-03-06

No. DE PÓLIZA:	PLACA No.	CLASE VEHICULO	SERVICIO	CILINDRAJE/VATIOS	MODELO
4308004135576000	WFG631	CARGA O MIXTO	PUBLICO	2999	2017
PASAJEROS	MARCA	CARROCERIA			
2	CHEVROLET	FURGON			
No. MOTOR	No. CHASIS ó No. SERIE	No. VIN	CAPACIDAD TON.		
2T5034	9GDNLR774HB030667	9GDNLR774HB030667	1.70		
APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR		TELEFONO DEL TOMADOR	TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	No. DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR
AGROINSUMOS ALFA,		3175177766	NI	8300014451	BOGOTA D.C
CODIGO DE ASESURADORA	COD. SUCURSAL EXPENDIDORA	CLAVE PRODUCTOR	No. FORMULARIO	CIUDAD EXPEDICION	
AT1324	43	999913588	0	BOGOTA D.C	

TARIFA	PRIMA SOAT	CONTRIBUCION FOSYGA	TASA RUNT	AMPAROS POR VICTIMA	HASTA	UNIDAD
310	\$ 537000	\$ 279200	\$ 2100	A. GASTOS MEDICOS QUIRURGICOS, FARMACEUTICOS Y HOSPITALARIOS	253,13 <sup>1</sup>	VALOR
TOTAL A PAGAR				B. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE VICTIMAS	701,68 <sup>2</sup>	TRIBUTARIO
\$ 818300				C. INCAPACIDAD PERMANENTE	8,77	(UVT)
				D. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS	180	SALARIOS
					750	MÍNIMOS
						LEGALES
						DIARIOS
						VIGENTES

FIRMA AUTORIZADA

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

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

RECUERDE QUE:

- Es obligatorio portar la póliza de 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 común tamaño carta con código QR, en formato PDF con código QR, el cual se puede descargar del correo electrónico y/o el mensaje de texto con el link de consulta, enviado por La Previsora 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.
- Esté 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, denuncie ante la Superintendencia Nacional de Salud.
  - Para los gastos médicos, el cobro ante la aseguradora o el Fosyga 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 referencia la póliza vigente.

Haheas 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 emisión 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, o 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 adquiere, así como de otros ramos de seguros que maneja LA PREVISORA S.A. enviarme 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 podrá ejercerlos en la calle 57 # 9-07 en la ciudad de Bogotá, por medio del teléfono 3487555 y por correo electrónico.



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



## 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: WFAQ631

CLASE: CAMIONETA

MARCA: CHEVROLET

MODELO: 2017

SERVICIO: Público

COMBUSTIBLE: DIESEL

CILINDRAJE: 2999

NRO. MOTOR: 2T5034

NRO. CHASIS: 9GDNLR774HB030667

VIN: 9GDNLR774HB030667

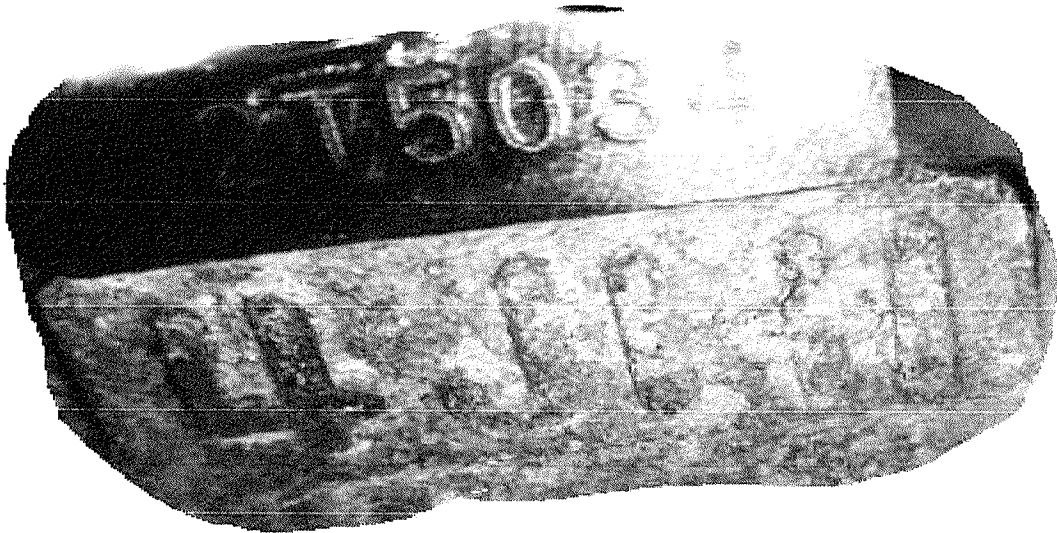
LÍNEA: NHR

COLOR: BLANCO GALAXIA

NOMBRE PROPIETARIO: AGROINSUMOS ALFA S A S

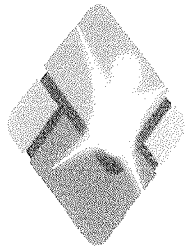
FIRMA DEL RESPONSABLE

ALEXIS PINZON MARTINEZ





# SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD



## FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN SANITARIA PARA VEHÍCULOS TRANSPORTADORES DE ALIMENTOS

Subred: Subre ▼ Número de inscripción: 40535 Fecha inscripción: 1

### DATOS DEL VEHÍCULO

Actividad: Vehículos transportadores de alimer ▼

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 FOI Teléfono: 3115223837.

Tipo de documento: 1-Cédul ▼ Número: 1049616 Email: dacufo@hotmail.com

Nombre del conductor: EDGAR DARIO CUERVO FOI 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



SEMPRE  
SERVIZIO  
AL CLIENTE

LAVADO Y DESINFECCIÓN  
TANQUES DE AGUA POTABLE

INOCULACIÓN  
MICROORGANISMOS  
BENEFICOS

**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:

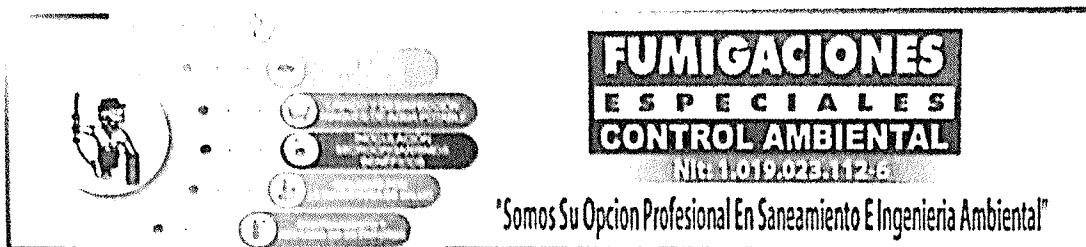
PARA CONTROL DE INSECTOS RASTREROS Y VOLADORES

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

**MÉTODO:** Aspersión por gota gruesa.

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

www.fumigaciones-especiales.com  
servicioalcliente@fumigaciones-especiales.com



**FUMIGACIONES  
ESPECIALES  
CONTROL AMBIENTAL**  
NIT 11019.023.112-6  
"Somos Su Opcion Profesional En Saneamiento E Ingenieria Ambiental"

**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](http://www.fumigacionesespeciales.com)  
[servicioalcliente@fumigacionesespeciales.com](mailto:servicioalcliente@fumigacionesespeciales.com)

Acta Número  
SQ07C 004158

HOJA 1. "En conformidad con la legislación por el artículo 47 de la Ley 1437 de 2011, en el caso contrario, más que la respuesta, los miembros establecidos en el artículo 52 de la Ley 1437 de 2011, en una media hora de la suspensión de la Ley 0 de 1971, en la cual una investigación preliminar al mismo caso es realizada, conforme los términos establecidos en el artículo 52 de la Ley 1437 de 2011.

En un fuero de ley, el sueldo y el congoño de los miembros de la Sala, en la Ley 1437 de 2011, en el presente documento o sus anexos, muestran las responsabilidades de ley, en conformidad con la disposición de los artículos 280 y en 300 del Código Penal Colombiano y Ley 734 de 2002, Código Penal Colombiano".



E.S.E.: Subted Sur Occidente Fecha: 02 / 10 / 2022

1. CÉDULA DEL ESTABLECIMIENTO						
ID Establecimiento:	<u>784271</u>	Número de inscripción:	<u>5000017405</u>			
Razón social:	<u>NO aplica</u>					
Nombre del establecimiento:	<u>Fumigaciones Especiales y Control Ambiental</u>					
NIT:	<u>1019023112</u>	Sede:	<u>Única</u>			
Dirección:	<u>AC 72 91A 11 Lc 2</u>					
Ubicación:	<u>NO aplica</u>					
Localidad:	<u>Engativa</u>	UPZ:	<u>Doncelea 1</u>			
Barrio:	<u>Santa Rosita</u>	Teléfonos:	<u>312 365 5915</u>			
Correo electrónico para notificación:	<u>servicioalcliente@ecceagropl.com</u>					
Nombre propietario:	<u>Johan Andrés Pinzón Osorio</u>					
Tipo de documento:	C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> PEP <input type="checkbox"/> PS <input type="checkbox"/> PTP <input type="checkbox"/>	Número documento:	<u>1019023112</u>			
Nombre representante legal:	<u>NO aplica</u>					
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 documento:	<u>NO aplica</u>			
Dirección de notificación:	<u>AC 72 91A 11 Lc 2</u>					
Presenta matrícula mercantil del establecimiento:	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> <u>0222 9542</u>					
Línea de intervención:	<u>Seguridad Química</u>					
Intervención:	<u>Se visitó el tanque de almacenamiento de agua potable y se realizó el control de plagas y desinfección de tanques de agua potable.</u>					
Tipo de establecimiento:	<u>Control de plagas y desinfección de tanques de agua potable</u>					
Número de trabajadores:	<u>2</u>	Horario:	Diurna <input checked="" type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> 24 horas <input type="checkbox"/> Otro: <input type="checkbox"/>			
Días de funcionamiento:	Lunes a viernes <input type="checkbox"/> Domingo a domingo <input checked="" type="checkbox"/> Fin de semana <input type="checkbox"/> Otro: <input type="checkbox"/>					
VISITA	DÍA	MES	AÑO	CONCEPTO	MEDIO SANITARIO	
Vista 1	<u>18</u>	<u>09</u>	<u>2023</u>	<u>favorable con requerimientos</u>	<u>SI</u>	<u>NO</u>
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	<input type="checkbox"/>	
Solicitud oficial	<input type="checkbox"/>	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:					

2. INFORMACIÓN DE LOS TRABAJADORES		
Aspecto a verificar	Número	Hallazgos
2.1 Número de trabajadores administrativos hombres	<u>1</u>	
2.2 Número de trabajadores administrativos mujeres	<u>0</u>	
2.3 Número de trabajadores operativos hombres	<u>1</u>	
2.4 Número de trabajadores operativos mujeres	<u>0</u>	
2.5 Número de trabajadores menores de edad	<u>0</u>	
2.6 Número de turnos de personal operativo por día	<u>1</u>	
2.7 Horas por turno por trabajador	<u>8</u>	

\*Al suministrar esta información, se autoriza la notificación electrónica

# PERMOST VPM

## 55% EC

Permetrina 2575

**Insecticida:** Concentrado emulsionable

**Composición:** Piretroide

**Concentración:** 55%

**Característica:** Es un insecticida piretroide fofotestable 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.

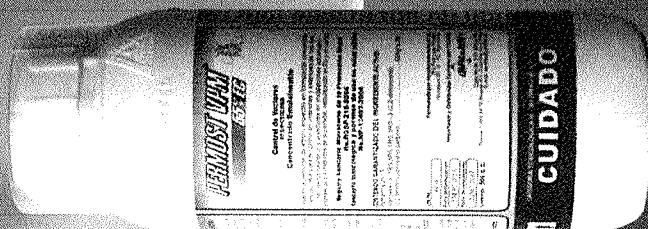
**Mecanismo de acción:** Permost® VPM actúa por contacto y por ingestión a nivel de los canales de sodio de las membranas axonales de las células nerviosas, disminuyendo y retardando la conducción de sodio al interior de la célula y suprimiendo el flujo de potasio. También puede inhibir la enzima Adenosin 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 piensos 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*



**Usos:**

Equipo	Plagas	Dosis	Lugar
Nebulizadores eléctricos	moscas, mosquitos y polillas	3ml/Litros de agua	Instalaciones, industriales, pecuarios, aviones, autobuses, hospitales, ambientes domésticos
Termonebulizador		8 ml/LACPM o acelle mineral para tratar 2000 m <sup>2</sup>	
Aspersiones de gotas gruesas	Cucarachas pulgas, arañas, chinches, lepidismas	Choque: 50 ml/10 Litros de agua para 250m <sup>2</sup> Mantenimiento: 25 ml/10 Litros de agua para 250 m <sup>2</sup>	

**Mecanismos de Acción:** **BRODIFACOUM 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:** **BRODIFACOUM VPM®** en cualquiera de sus formulaciones no requiere de adiciones de alimentos para mezclar por que 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 **BRODIFACOUM VPM®**, una aplicación es suficiente, sin embargo ante infestaciones severas, es conveniente repetir la dosis.

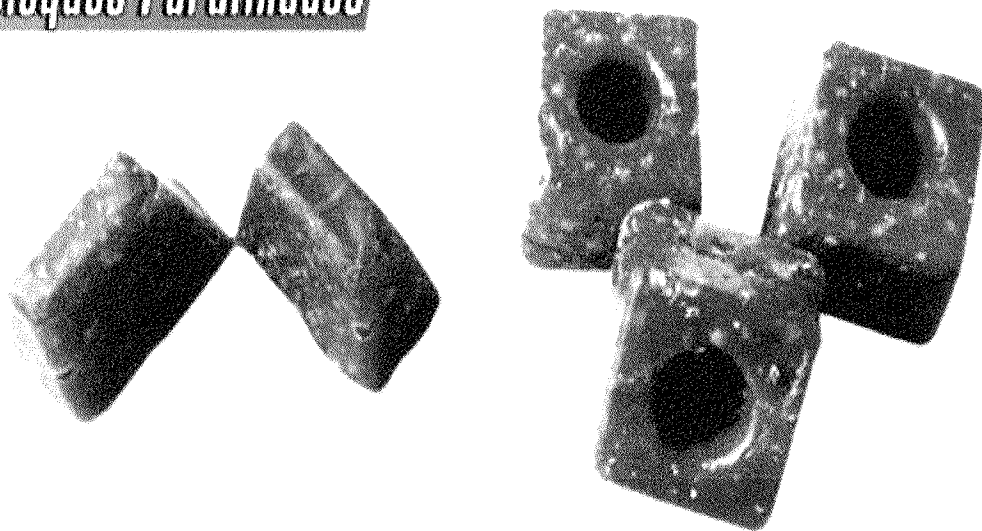
En zonas activas como solares y campos abandonados, se sugiere aplicar de 1 a 3 kilos de bloques parafinados por hectárea. Para viviendas en campañas masivas de desratización se recomienda una dosis de 50 gramos de la formulación gránulos pelletizados por casa.

#### **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, evitese 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.

# ***BRODIFACOUM 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:** **BRODIFACOUM 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 Brodifacoum:** WHO/SRoT/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.: *Alimentación* Fecha: *18* / *10* / *2013*

## IDENTIFICACIÓN DEL VEHÍCULO

ID vehículo: *10000* Número de Inscripción: *40535* Número de carpeta:

Nombre del establecimiento o lugar donde se realiza la inspección:

Dirección donde se realiza la inspección:

Localidad:

UPZ:

Barrio: *Piedra*

Nombre del propietario del vehículo:

Tipo de documento: C.C. ☐ C.E. ☐ NIT ☐ PEP ☐ PS ☐ PTP ☐ Número:

Correo electrónico para notificación\*

Dirección de Notificación:

Teléfono: *315223832*

Nombre del propietario del producto:

Tipo de documento: C.C. ☐ C.E. ☐ NIT ☐ PEP ☐ PS ☐ PTP ☐ Número:

Correo electrónico para notificación\*

Dirección de Notificación:

Teléfono: *315223832*

Línea de intervención:

Clase de vehículo:

Tipo de carrocería:

Modelo:

Marca:

Placa:

Sistema de refrigeración: SI ☐ NO ☐

Número de trabajadores:

Horario: Diurno ☐ Nocturno ☐ 24 horas ☒ Otro:Días de funcionamiento: Lunes a viernes ☐ Domingo a domingo Fin de semana ☐ Otro: ☐

Tipo de productos que transporta:

## CONCEPTO SANITARIO DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN

FECHA DE LA  
ÚLTIMA  
INSPECCIÓNFavorable ☐  
Favorable con  
requerimientos ☐  
Desfavorable ☐% De cumplimiento  
de la última inspección

%

## MOTIVO DE LA INSPECCIÓN

Programación

Solicitud del interesado  
Número de radicado:Asociada a peticiones, quejas  
y reclamos  
Número de radicado:

Solicitud oficial

Número de radicado:



Evento de interés en salud pública

Solicitud de práctica de pruebas/  
Procesos sancionatorios adminOtro: ☐ Especifique:

## EVALUACIÓN

## CALIFICACIÓN

Aceptable

A

Marque con una X cuando el vehículo cumple la **totalidad** de los requisitos descritos en el instructivo para el aspecto a evaluar.

Aceptable con Requerimiento

AR

Marque con una X cuando el vehículo cumple **parcialmente** los requisitos descritos 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.

Crítico

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
<b>1.1 Diseño sanitario del vehículo.</b> (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
<b>2.1 Condiciones de los utensilios.</b> (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
<b>3.1 Estado de salud.</b> (Resol. 2674/2013. Art. 11, Núm. 5. Art. 14, Núm. 12.)	X 13			
<b>3.2 Reconocimiento Médico</b> (Resolución 2674 de 2013, Artículo 11, Numeral 1; 2, 3, 4)	X 4			
<b>3.3 Prácticas higiénicas.</b> (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 presentó al encargado del aplicativo entrevista a manejadora
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE				35 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	2.5	0	

## II. CONCEPTO SANITARIO

% De cumplimiento	CONCEPTO <small>Seleccione con una (X) el concepto sanitario a emitir</small>	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.
4/2	<input checked="" type="checkbox"/> Favorable	90-100%	
	<input type="checkbox"/> Favorable con requerimientos	60-89,9%	
	<input type="checkbox"/> 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:

Se observó que el vehículo no cumple con los requisitos sanitarios exigidos por la normativa vigente, por lo tanto se le aplicó la medida de suspensión de actividades.

Observaciones por parte de la persona que atiende la inspección:

Ninguna.

## VII. NOTIFICACIÓN DEL ACTA

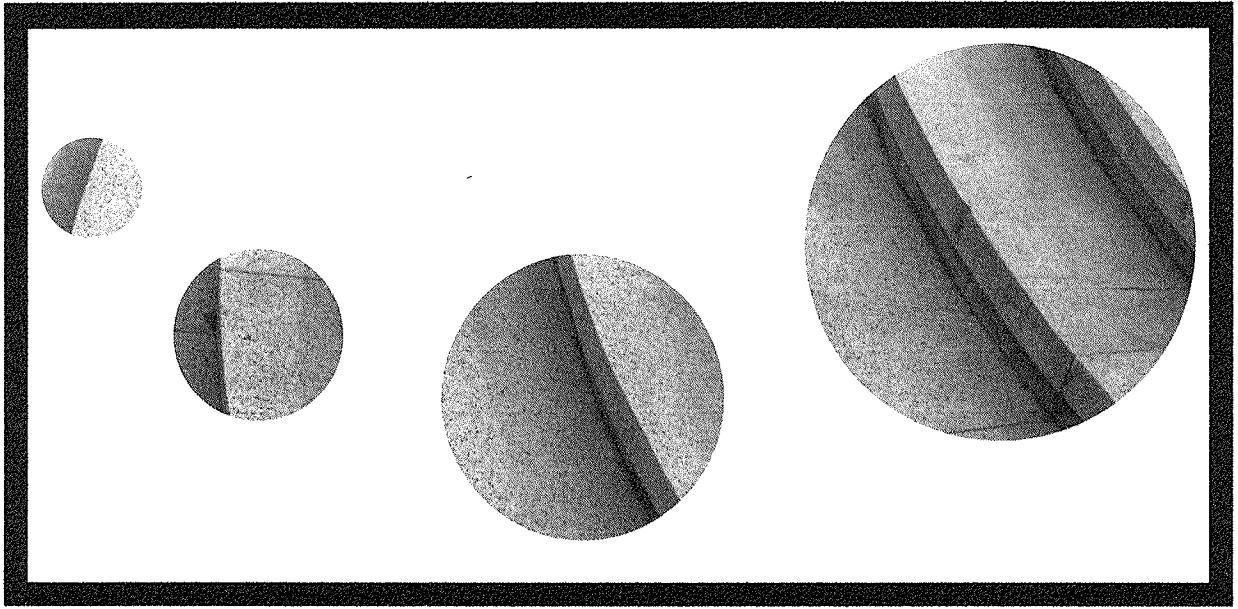
Para constancia previa lectura y ratificación del contenido de la presente acta firman los colaboradores y personas que intervinieron en la visita, hoy 10 del mes de 10 del año 2023 en la ciudad de Bogotá D. C.

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:		Nombre:	
Tipo de documento:		Tipo de documento:	
Número de documento:		Número de documento:	
Profesión u oficio:		Profesión u oficio:	
Firma:		Firma:	
PERSONA QUE ATIENDE LA INSPECCIÓN		TESTIGO	
Nombre:		Nombre:	
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:		Número de documento:	
Cargo: Encargado <input type="checkbox"/> Conductor <input checked="" type="checkbox"/>		Firma:	
Firma:			





# **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

---

**NOTA:** Referencias y certificados  
a solicitud

## *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





REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE CONDUCCIÓN

Nº. 1000/92102

NOMBRE

DAYRON ANDRES CANTE PIRA

FECHA DE NACIMIENTO

13-04-2000

FECHA DE EXPEDICIÓN

17-10-2023

RESTRICCIONES DEL CONDUCTOR

GRUPO SANGÜINEO

O+



ORGANISMO DE TRÁFICO EXPEDIDOR

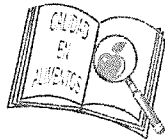
SDM - BOGOTÁ D.C.

CATEGORIAS AUTORIZADAS			
CATEGORIA	CLASE DE VEHICULO	FECHA	SERVICIO
B1	PASSENGER CARS AUTOMOBILES PASAJEROS CAMIONES LEV. MEDIO	17-10-2023	PARTICULAR
C1	PASSENGER CARS CAMIONES LEV. MEDIO Y AUTOMOBILES	17-10-2023	PUBLICO



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

Nº 82680

Certifico a:

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](mailto:ingyuri2001@yahoo.es) o al  
whatsApp 316 553 2593 para hacer validación de este documento.  
este cargo es personal e intransferible.

Vence:

17 OCT 2024

France Cendales Ladino  
NIT. 52.962.826-3  
Ingeniera de Alimentos  
UNIAGRIARIA

*France Cendales*

Firma Capacitador Autorizado

E-mail: [ingyuri2001@yahoo.es](mailto:ingyuri2001@yahoo.es)

Telefono: 2 99 03 88 - 496 1691 Cel: 316 5 53 25 93

# SaludTotal<sup>EPS-S</sup>

No de Radicación

4011152262

Fecha de Radicación

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

**DATOS DEL TRÁMITE**

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

Página 1 de 2

1. Tipo de trámite A. Afiliación <input type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades <input checked="" type="checkbox"/>		2. Tipo afiliación A. Individual: <input checked="" type="checkbox"/> B. Colectiva <input type="checkbox"/>		3. Régimen A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> B. Subsidiado <input type="checkbox"/>	
4. Tipo de afiliado A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> B. Cabeza de Familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/>		5. Tipo de cotizante A. Dependiente <input type="checkbox"/> B. Independiente <input checked="" type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>		6. Código (a registrar por la EPS) <input type="text" value="3"/>	

**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 0 4 2 0 0 0	

**II. DATOS COMPLEMENTARIOS**

11. Etnia 6		12. Discapacidad Tipo ENM Condición TP		13. Puntaje SISBEN		14. Grupo de población especial	
15. Administradora de riesgos Laborales - ARL SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.		16. Administradora de Pensiones PORVENIR FPC		17. Ingreso base de cotización - IBC 1160000			

18. Residencia CR 82G 71A 24 SUR Dirección		3026866405 Teléfono celular		ANDRESMILLOS_CANTE@HOTMAIL.COM Correo electrónico	
BOGOTA Municipio/Distrito		Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>		BOGOTA Departamento	

**V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR**

19. Apellidos y nombres completos Primer apellido Segundo apellido Primer nombre Segundo nombre			
20. Tipo documento de identidad		21. Número documento identidad	
22. Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		23. Fecha de nacimiento	

**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 Femenino Masculino	
28. Fecha de nacimiento	

29. Parentesco		30. Etnia		31. Discapacidad Tipo Condición	
B1		B1		F N M T P	
B2		B2			
B3		B3			
B4		B4			
B5		B5			

32. Datos de residencia Municipio/Distrito		Zona Urbana Rural		Departamento		Teléfono Fijo y/o celular		33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)	
B1		B1		B1		B1		B1	
B2		B2		B2		B2		B2	
B3		B3		B3		B3		B3	
B4		B4		B4		B4		B4	
B5		B5		B5		B5		B5	

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

**VI. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO**

35. Nombre o razón social DAYRON ANDRES CANTE PIRA		36. Tipo de identificación CC		37. Número de documento de identificación 1000792102		38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS) 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 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 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	
				Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		42.Fecha	
						1)8 1 0 2 0 2 3	
43.EPS anterior		44.Motivo de traslado		45.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones			
EPS005		Código:					
		1					

## II. 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 intromisión 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 mensajes de texto.

### /// FIRMAS

Dayron Andres Cante

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:                Total:

☐ 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.

**K. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL**

66. Identificación de la Entidad Territorial		67. Datos del SISBEN			68. Fecha de radicación		69. Fecha de validación	
Código del municipio	Código del Departamento	Número ficha	Puntaje	Nivel				
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				
70. Datos funcionario que realiza la validación								
Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre			Segundo nombre	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>			<input type="text"/>	
Tipo documento de identidad		Número documento de identidad		71. Firma del funcionario				
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>				
Observaciones								
<input type="text"/>								

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	Fecha diligenciamiento
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? ☒
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? ☒
3. ¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y deberes del afiliado y del paciente? ☒
4. ¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS? ☒
5. ¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS? ☒

Medio de entrega deseado: Electrónico ☒ 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 del paciente 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 auditoría 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](http://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](mailto: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](http://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*

**SaludTotal**

M-PYGA-F097 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 LONDOÑO 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

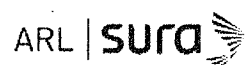
Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 20/10/2023 16:03:43 .

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA  
SISTEMA GENERAL DE  
RIESGOS LABORALES



DAYRON ANDRES  
CANTE PIRA

C.C 1000792102  
Nit CS1962387  
Afiliado DEP  
Empresa GLORIA EUGENIA PATIÑO  
LONDONO









*Dra. Luz Elena Landaazabal B.*

MEDICO GENERAL - UNIVERSIDAD DEL CAUCA

Carrera 26B # 42 37 Sur – CELULAR 3202293694

FECHA:

OCTUBRE 17 DE 2023

NOMBRE:

DAYRON ANDRÉS CANTEPIRA

DOC DE IDENTIDAD:

C.C. 1.000.792.102

### CERTIFICACION MÉDICA

CERTIFICO QUE EL PACIENTE EN MENCIÓN NO PRESENTA AL MOMENTO DEL EXAMEN MEDICO NINGUNA ENFERMEDAD DE ORIGEN DERMATOLOGICO, NI RESPIRATORIO (ENFERMEDADES PULMONARES), NI ENFERMEDAD INFECCIOCONTAGIOSA 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 Landaazabal B.*  
FIRMA Y SELLO

DRA. LUZ ELENA LANDAZABAL CC. 34522500