



REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

Libertad y Orden

LICENCIA DE TRÁNSITO No.

10027507734

Corbetta
K2

PLACA	MARCA	LÍNEA	MODELO
ERL004	JAC	HFC1035KN	2019
CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO	
2.771	BLANCO	PÚBLICO	
CLASE DE VEHÍCULO	TIPO CARROZERÍA	COMBUSTIBLE	CAPACIDAD Kg/PSJ
CAMIONETA	FURGON	DIESEL	2350
NÚMERO DE MOTOR	REG	VIN	
J4010259	N	LJ11KCAC6K8001095	
NÚMERO DE SERIE	REG	NÚMERO DE CHASIS	REG
LJ11KCAC6K8001095	N	LJ11KCAC6K8001095	N
PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)		IDENTIFICACIÓN	
CORREDOR DAZA ANDRES CAMILO		C.C. 1013678632	

6ps: Satrigex

Usuario: 1013678632

Clave: 004

RESTRICCIÓN MOVILIDAD

BLINDAJE POTENCIA HP
***** 114

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN

352018000172936

VE FECHA IMPORT. PUERTAS
I 28/04/2018 2

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD

FECHA MÁTRICULA FECHA EXP. LIC. TTO. FECHA VENCIMIENTO
26/06/2018 20/10/2022 *****

ORGANISMO DE TRÁNSITO

STRIA TTEYMOV CUNDINAMARCA/COTA





ESTADOS
UNIDOS
DE VENEZUELA
BOLÍVAR

FECHA DE EXPEDICIÓN	VIGENCIA	HASTA
DESDE		LAS 23:59
LAS 00		HORAS
HORAS		DEL
DEL		DEL
2023 06 28	2023 06 29	2024 06 28

Nº DE PÓLIZA.		PLACA N°.	CLASE DE VEHICULO	SERVICIO	CILINDRAJE/VATOS	MODELO
1523009423901		ERL004	CAMIONETA	PÚBLICO	2771	2019
PASAJEROS	MARCA	CARROZERIA				
2	JAC	2 - FURGON				
LINEA VEHICULO	HFC1035KN					
No. MOTOR		No. CHASIS o No. SERIE		No. VIN		CAPACIDAD TC
J4010259		LJ11KCAC6K8001095		LJ11KCAC6K8001095		2.35
APPELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR			TELÉFONO DEL TOMADOR	TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	NO. DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR
ANDRES CAMILO CORREDOR DAZA			3108023926	CC	1013678632	COTA
CÓDIGO DE ASEGURADORA		CÓD. SUCRursal EXPEDIDORA	CLAVE PRODUCTOR	No. FORMULARIO		CIUDAD EXPEDICIÓN
35878		1523	35878	1523009423901		BOGOTA
TARIFA	PRIMA SOAT	CONTRIBUCIÓN FOSYGA	TASA RUNT	AMPAROS POR VICTIMA		HASTA
310	\$537,000.00	\$279,200.00	\$2,100.00	A. GASTOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS, FARMACÉUTICOS Y HOSPITALARIOS		263,13 ¹
				B. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS		701,68 ²
				C. INCAPACIDAD PERMANENTE		8,77
				D. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS		180
						750
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).

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



Señor usuario tenga en cuenta las siguientes recomendaciones:

En caso de accidente de tránsito:

- **Individuals** are not the only ones who can be held responsible for their actions. Organizations can be held responsible for their actions as well. This is called **Corporate Social Responsibility**.
 - The main purpose of CSR is to increase the social welfare of the society. It is a way to make sure that the organization is not only profit oriented but also socially responsible.
 - The main purpose of CSR is to increase the social welfare of the society. It is a way to make sure that the organization is not only profit oriented but also socially responsible.
 - The main purpose of CSR is to increase the social welfare of the society. It is a way to make sure that the organization is not only profit oriented but also socially responsible.
 - The main purpose of CSR is to increase the social welfare of the society. It is a way to make sure that the organization is not only profit oriented but also socially responsible.

Texto habeas data

ANDRES CAMILO CORREDOR DAZA



PERFIL

Me caracterizo por ser una persona proactiva con valores y principios capacitado para dar soluciones a problemas planteados en cualquier ambiente laboral, con una experiencia en servicio al cliente, Preparado para desenvolverme en cualquier ambiente laboral, tanto en el trabajo colectivo como en el individual, Una persona con alto sentido de responsabilidad y manejo confidencial de la información, dinámica, abierta a cambios y al conocimiento, responsable y organizada, orientada hacia el logro de resultados y planteamiento de objetivos claros, manejo de relaciones interpersonales bajo un clima de cordialidad tolerancia y respeto.

INFORMACION PERSONAL

NOMBRE: ANDRES CAMILO CORREDOR DAZA

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1.013.678.632 de Bogotá

FECHA DE NACIMIENTO: 04 de Enero de 1998

LUGAR DE NACIMIENTO: Bogotá

DIRECCIÓN: Av. cra 30 # 1b-21

CELULAR: 3023846617

E-MAIL: andrescamilo.corredor.daza@gmail.com

INFORMACION ACADEMICA

- TECNICO :** Instituto de Investigacion Judicial Y criminalistica –
INSTESCO CENTER -2016

- ESTUDIOS SECUNDARIOS:** Colegio Marco Antonio Carreño Silva -2014

□ **ESTUDIOS PRIMARIOS:** Colegio Marco Antonio Carreño Silva -2008

FUNCIONES:

- ✓ Despachar y entregar domicilios a tiempo.
- ✓ Revisar las entregas con los clientes para asegurarse de que los productos satisfacen sus necesidades.
- ✓ Cobrar facturas, realizar inventarios, apoyar con labores de aseo organización del establecimiento.
- ✓ Realizar operaciones auxiliares de reposición, disposición y acondicionamiento de productos en el punto de venta

REFERENCIAS FAMILIARES

NOMBRE DEL FAMILIAR: John Fredy Corredor Daza
CARGO Y/O PROFESION: Independiente
CELULAR: 3124839074

NOMBRE DEL FAMILIAR: Johana Corredor
CARGO Y/O PROFESION: Independiente
CELULAR: 3213988526

REFERENCIAS PERSONALES

NOMBRE: Gloria Cecilia Lombana **CARGO Y/O PROFESION:** Independiente **CELULAR:** 3118243037

NOMBRE: Juan De Jesús Castro
CARGO Y/O PROFESION: Independiente
CELULAR: 3123877219

ANDRES CAMILO CORREDOR DAZA
1.013.678.632 de Bogotá



FECHA DE NACIMIENTO **04-ENE-1998**

UBAQUE
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.77 **O+** **M**

ESTATURA G.S. RH

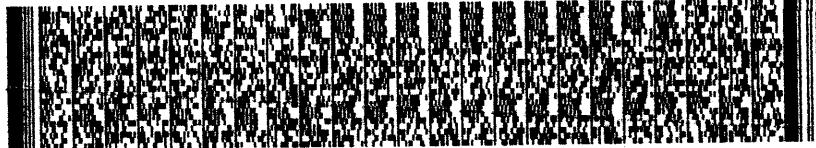
07-ENE-2016 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

SEXO

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

ÍNDICE DERECHO



P-1500150-01311796-M-1013678632-20220802 0080269683A 1 9920143514

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.013.678.632**

CORREDOR DAZA

APELLIDOS

ANDRES CAMILO

NOMBRES


FIRMA





Libertad y Orden

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE
LICENCIA DE CONDUCCIÓN

No. 1013678632

Nombre

ANDRES CAMILO CORREDOR DAZA

FECHA DE NACIMIENTO

04-01-1998

SANGRE:AB

O+

FECHA DE EXPEDICIÓN

04-10-2022

RESTRICCIONES DEL CONDUCTOR



ORGANISMO DE TRÁNSITO EXPEDIDOR

SDM - BOGOTÁ D.C.

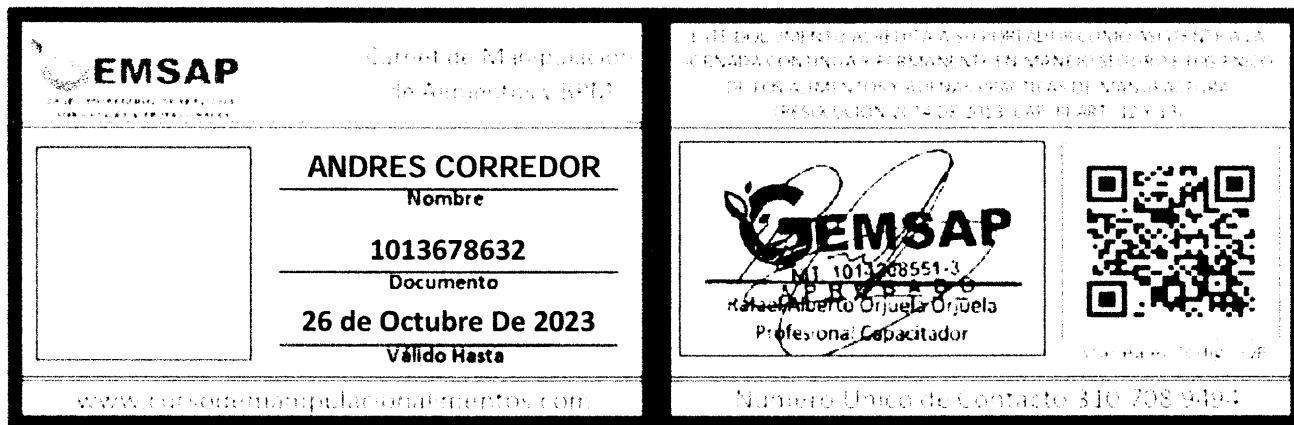
CATEGORIAS AUTORIZADAS			
CATEGORIA	CLASE DE VEHICULO	VIGENCIA	SERVICIO
A2	MOTOCICLETA Y MOTOTRICICLO DE CUALQUIER CILINDRAJE.	16-09-2025	PARTICULAR
B1	AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CUATRIMOTO, CAMPERO, CAMIONETA Y MICROBÚS.	04-10-2022	PARTICULAR
C1	AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CAMPERO, CAMIONETA Y MICROBÚS.	04-10-2025	PÚBLICO



ESTA LICENCIA ES VÁLIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

LC03004842433

Servicios Integrales 60947.2.0-2 04/22



Grupo Empresarial de Servicios Ambientales & Profesionales

Correo Electrónico: info@emsapambientalcapacitacion.com
Número de Contacto: 3107089494

Medellín, 18 de agosto de 2023

**LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A..**

CERTIFICA:

Que ANDRES CAMILO CORREDOR DAZA identificado(a) con cédula de ciudadanía 1013678632 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 18/07/2023 **Fecha fin cobertura:** 18/09/2023

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE	
VELASQUEZ REYES JHON ALEXANDER C1023963156	
ACTIVIDAD ECONÓMICA:	
5711001 - ACTIVIDADES DE ARQUITECTURA E INGENIERÍA Y OTRAS ACTIVIDADES CONEXAS DE CONSULTORÍA TÉCNICA, INCLUYE ACTIVIDADES DE CONSULTORÍA DE ARQUITECTURA: DISEÑO DE EDIFICIOS Y DIBUJO DE PLANOS DE CONSTRUCCIÓN, PLANIFICACIÓN URBANA Y ARQUITECTURA PAISAJISTA, DISEÑO DE INGENIERÍA, CONSULTORÍA EN MAQUINARIA, PROCESOS Y PLANTAS INDUSTRIALES, INGENIERÍA CIVIL, HIDRÁULICA Y DE TRÁFICO, PROYECTOS DE ORDENACIÓN HIDRÁULICA, PROYECTOS DE INGENIERÍA ELÉCTRICA CON PRESENCIA EN LAS INSTALACIONES DONDE SE DESARROLLA EL PROYECTO (CON INTERVENCIÓN DIRECTA EN OBRAS); ELABORACIÓN Y REALIZACIÓN DE PROYECTOS DE INGENIERÍA ELÉCTRICA Y ELECTRÓNICA, INGENIERÍA DE MINAS, INGENIERÍA QUÍMICA, MECÁNICA, INDUSTRIAL Y DE SISTEMAS, E INGENIERÍA ESPECIALIZADA EN SISTEMAS DE SEGURIDAD Y ACTIVIDADES DE GESTIÓN DE PROYECTOS RELACIONADAS CON LA CONSTRUCCIÓN	
CLASE DE RIESGO:	5 PORCENTAJE DE COTIZACIÓN: 6.96%
CENTRO DE TRABAJO: 0000000222 - TRANSPORTES	
CLASE:	4 PORCENTAJE: 4.35% TIPO COTIZANTE: INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES
ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:	
4492301 - TRANSPORTE DE CARGA POR CARRETERA, INCLUYE TODAS LAS OPERACIONES DE TRANSPORTE DE CARGA POR CARRETERA. SE INCLUYE EL TRANSPORTE DE UNA GRAN VARIÉDAD DE MERCANCIAS TALES COMO: TRONCOS, GANADO, PRODUCTOS REFRIGERADOS, CARGA PESADA, CARGA A GRANEL, INCLUSO EL TRANSPORTE EN CAMIONES CISTERNA DE LÍQUIDOS (EJEMPLO: LA LECHE QUE SE RECOGE EN LAS GRANJAS, AGUA, ETCÉTERA). AUTOMÓVILES, LOS SERVICIOS DE TRANSPORTE DE DESPERDICIOS Y MATERIALES DE DESECHO, SIN INCLUIR EL PROCESO DE ACOPIO NI ELIMINACIÓN. INCLUYE EL ALQUILER DE VEHÍCULOS DE CARGA (CAMIONES) CON CONDUCTOR.	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA	
ACTIVIDAD ECONÓMICA:	
4492301 - TRANSPORTE DE CARGA POR CARRETERA, INCLUYE TODAS LAS OPERACIONES DE TRANSPORTE DE CARGA POR CARRETERA. SE INCLUYE EL TRANSPORTE DE UNA GRAN VARIÉDAD DE MERCANCIAS TALES COMO: TRONCOS, GANADO, PRODUCTOS REFRIGERADOS, CARGA PESADA, CARGA A GRANEL, INCLUSO EL TRANSPORTE EN CAMIONES CISTERNA DE LÍQUIDOS (EJEMPLO: LA LECHE QUE SE RECOGE EN LAS GRANJAS, AGUA, ETCÉTERA). AUTOMÓVILES, LOS SERVICIOS DE TRANSPORTE DE DESPERDICIOS Y MATERIALES DE DESECHO, SIN INCLUIR EL PROCESO DE ACOPIO NI ELIMINACIÓN. INCLUYE EL ALQUILER DE VEHÍCULOS DE CARGA (CAMIONES) CON CONDUCTOR.	
CODIGO DE ACTIVIDAD:	4492301
CLASE DE RIESGO:	4 PORCENTAJE DE COTIZACION: 4.35%

Su pago lo debe realizar con riesgo 4 (4.35 %), teniendo en cuenta lo siguiente:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. *La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.*
2. *El propio de la actividad ejecutada por el contratista.*

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C10239631562323043712

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:

18/08/2023 12:08 PM

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total
EPS S

No de Radicacion
4010871834

Fecha de Radicación
2 8 0 8 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 afiliacion	A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia <input checked="" type="checkbox"/> -Beneficiario afiliado adicional <input type="checkbox"/>	3.Regimen
A. Afiliacion <input type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades <input checked="" type="checkbox"/>	B. Colectiva <input type="checkbox"/> B. Institucional <input type="checkbox"/>	B. De oficio <input type="checkbox"/>	A. Contributivo <input type="checkbox"/> B. Subsidiado <input type="checkbox"/>
4. Tipo de afiliado		5. Tipo de cotizante	Código (a registrar por la EPS) <input type="text" value="1"/>
A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> B. Cabeza de Familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/>		A. Dependiente <input checked="" type="checkbox"/> B. Independiente <input type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>	

A. AFILIACIÓN

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

6.Apellidos y nombres	DAZA Segundo apellido	ANDRES Primer nombre	CAMILO Segundo nombre
CORREDOR Primer apellido			
7.Tipo documento de Identidad	8.Número del documento de identidad	9.Sexo	10.Fecha de nacimiento
CC	1013678632	Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>	0 4 0 1 1 9 9 8

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11.Etnia	12.Discapacidad	13.Puntaje SISBEN	14.Grupo de población especial
6	Tipo <input checked="" type="checkbox"/> FNIM	Condición <input type="checkbox"/> TP	
15. Administradora de riesgos Laborales - ARL		16. Administradora de Pensiones	
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.		PORVENIR FPC	
18.Residencia		17. Ingreso base de cotización - IBC	
CR 13 A 1 B 04 Dirección	Telefono fijo	3023846617 Telefono celular	1160000 Correo electrónico ANDRESCAMILOCORREDORDAZA@GMAIL.COM
BOGOTA Municipio/Distrito	zona	Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	BOGOTA Departamento
Localidad / comuna			

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del conyuge 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
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				
25. Tipo documento de identidad	26. Número de identidad	27. Sexo	28. Fecha de nacimiento	
B1		Femenino	Masculino	
B2				
B3				
B4				
B5				

Datos complementarios

29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad	Condición	
B1		F	T	
B2		N	P	
B3		M		
B4				
B5				
32. Datos de residencia	Zona	Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
Municipio/Distrito	Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>			
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	35. C. VS OLAYA - UOD DENTOLASER OLAYA	Código de la IPS(a registrar por la EPS)
B1		VSOLAYA - DENTOOLAYA
B2		
B3		

V. DATOS DE IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

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)
WILLIAM PAEZ CARDENAS	CC	80098288	01
39. Ubicación	Dirección	7000000	DANIMSCORTES345@GMAIL.COM Correo electrónico
CR 5 ESTE 97 80 CA			BOGOTA Municipio/distrito
Dirección	7000000		BOGOTA Departamento

M-PYGA-F001 V 1.0-2018

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

VI. 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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	42. Fecha 20082023

43. EPS anterior

44. Motivo de traslado

Código:

45. Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
 49. Declaración de no internación 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.

VIII. FIRMAS

54. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio
---	--

IX. ANEXOS

56. Anexo Copia del documento de identidad: CN. RC. TI. CC. PA. CE. CD. SC.
 Cantidad: Total: 0
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.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial Código del municipio <input type="text"/>	67. Datos del SISBEN Número ficha <input type="text"/>	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
--	--	--------------------------------	--------------------------------

70. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Tipo documento de identidad <input type="text"/>	Número documento de identidad <input type="text"/>	71. Firma del funcionario	

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.

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	
CORREDOR	DAZA	ANDRES	CAMILO	
No de identificación	Tipo de documento	Fecha de nacimiento	Sexo	Fecha diligenciamiento
1013678632	X	1998 01 04	X	2023 08 28

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: ANDRES CAMILO CORREDOR DAZA identificado con el documento de identidad: C No. 1013678632, doy mi consentimiento para que Salud Total EPSS envíe al correo electrónico andrescamilocorredordaza@gmail.com la Carta de derechos del afiliado y del paciente y la Carta de desempeño

Firma del afiliado (Cotizante):

Nombres y Apellidos: ANDRES CAMILO CORREDOR DAZA
Número de identificación: 1013678632

Fecha de diligenciamiento
2023 08 28

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 SA.

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) _____

Número de identificación: _____ 1013678632 _____

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

La calidad
es la mejor
debe ser total

Salud Total

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario

14794253750



(415)7707212489984(8020) 000001479425375 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 6. DV 12. Dirección seccional 14. Buzón electrónico
1 0 1 3 6 7 8 6 3 2 3 Impuestos de Bogotá 3 2

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente Persona natural o sucesión iliquida	25. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía	26. Número de identificación 1 0 1 3 6 7 8 6 3 2	27. Fecha expedición 2 0 1 6 0 1 0 7
Lugar de expedición COLOMBIA	28. País 1 6 9	29. Departamento Bogotá D.C.	30. Ciudad/Municipio Bogotá, D.C. 0 0 1
31. Primer apellido CORREDOR	32. Segundo apellido DAZA	33. Primer nombre ANDRES	34. Otros nombres CAMILA

35. Razón social

36. Nombre comercial
37. Siglo

UBICACIÓN

38. País COLOMBIA	39. Departamento 1 6 9	40. Ciudad/Municipio Bogotá D.C. 0 0 1
----------------------	---------------------------	---

41. Dirección principal
AV CR 30 1 B 21

42. Correo electrónico andrescamilocorredordaza@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1 3 0 2 3 8 4 6 6 1 7	45. Teléfono 2 2 4 6 9 8 8 4
-------------------	---------------------------------------	---------------------------------

CLASIFICACIÓN

Actividad económica		Ocupación	
Actividad principal 46. Código 49 2 2	Actividad secundaria 47. Fecha inicio actividad 2 0 2 1 1 0 2 6	Otras actividades 48. Código 49 2 3	50. Código 1 2 2 0 2 1 1 0 2 6
51. Código 1	52. Número establecimientos 1		

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

53. Código 4 9

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI NO X

60. N.º de Folios:

0

61. Fecha:

2022 - 08 - 04 / 09 : 20: 52

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 CORREDOR DAZA ANDRES CAMILO

985. Cargo CONTRIBUYENTE





GRUPO SOCIAL
de banca masiva.



HACE CONSTAR:

Que el (los) cliente(s)

ANDRES CAMILO CORREDOR DAZA Identificado con CC 1013678632

Actualmente tiene(n) el producto Cuenta Ahorros, radicado(a) en la oficina RESTREPO, con las siguientes características:

Cuentamiga

Número:	24109341589
Fecha de apertura:	25 de Octubre de 2021
Saldo disponible:	\$886.76
Saldo total a la fecha:	\$6,834.50
Condiciones de uso:	Individual, 1 firma(s), 0 sello(s) húmedo(s) o de caucho, sin protector
Estado:	Cuenta activa

VIGILADO

Esta constancia se expide con destino a quien pueda interesar, realizada en el Canal Digital de la ciudad de Bogotá, el día Lunes, 28 de Agosto de 2023.

Cordialmente,

Vicepresidencia de Banca Masiva