



Libertad y Orden

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE



LICENCIA DE TRÁNSITO No.

10027507734

Corbela
K212

PLACA	MARCA	LÍNEA	MODELO
ERL004	JAC	HFC1035KN	2019
CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO	
2.771	BLANCO	PÚBLICO	
CLASE DE VEHÍCULO	TIPO CARROCERÍA	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		

Gps: Satigek

Usuario: 1013678632

Placa: 004

RESTRICCIÓN MOVILIDAD

BLINDAJE

POTENCIA HP

114

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN

VE FECHA IMPORT.

PUERTAS

352018000172936

I 28/04/2018

2

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD

FECHA MATRÍCULA

FECHA EXP. LIC. TTD.

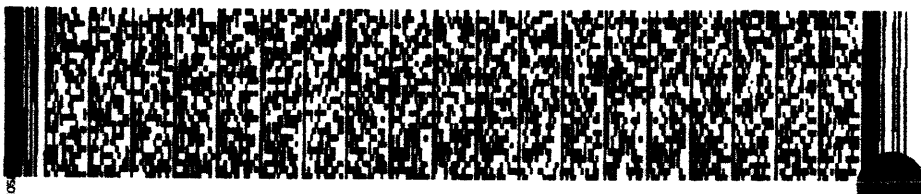
FECHA VENCIMIENTO

26/06/2018

20/10/2022

ORGANISMO DE TRÁNSITO

STRIA TTEYMOV CUNDINAMARCA/COTA



LT07002045726



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

No. DE PÓLIZA 1523009423901 PLACA No. ERL004 CLASE DE VEHÍCULO CAMIONETA SERVICIO PÚBLICO CILINDRAJE/VATIOS 2771 MODELO 2019

PASAJEROS 2 MARCA JAC LÍNEA VEHÍCULO HFC1035KN CARROCERÍA 2 - FURGON

No. MOTOR J4010259 No. CHASIS o No. SERIE LJ11KCAC6K8001095 No. VIN LJ11KCAC6K8001095 CAPACIDAD TON. 2.35

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR ANDRES CAMILO CORREDOR DAZA TELÉFONO DEL TOMADOR 3108023926 TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR CC No. DE DOCUMENTO DEL TOMADOR 1013678632 CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR COTA

CÓDIGO DE ASEGURADORA 35878 Cód. SUCURSAL EXPEDIDORA 1523 CLAVE PRODUCTOR 35878 No. FORMULARIO 1523009423901 CIUDAD EXPEDICIÓN BOGOTÁ

TARIFA 310 PRIMA SOAT \$537,000.00 CONTRIBUCIÓN FOSYGA \$279,200.00 TASA RUNT \$2,100.00

TOTAL A PAGAR \$818,300.00

[Firma Autorizada]

FIRMA AUTORIZADA

AMPAROS POR VICTIMA
A. GASTOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS, FARMACÉUTICOS Y HOSPITALARIOS 263,13¹
701,68²
UNIDAD VALOR TRIBUTARIO (UVT)
B. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VÍCTIMAS 8,77
C. INCAPACIDAD PERMANENTE 180
D. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS 750
HASTA
HASTA
SALARIOS MÍNIMOS LEGALES DIARIOS VIGENTES

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).

El SOAT digital es el más seguro, práctico, en fácil portabilidad y usabilidad. No requiere papeles, ni tener que ir a ningún lugar. Solo basta con tener un celular para todas las personas.



Señor usuario tenga en cuenta las siguientes recomendaciones:

- El SOAT digital es el más seguro, práctico, en fácil portabilidad y usabilidad. No requiere papeles, ni tener que ir a ningún lugar. Solo basta con tener un celular para todas las personas.
- El SOAT digital es el más seguro, práctico, en fácil portabilidad y usabilidad. No requiere papeles, ni tener que ir a ningún lugar. Solo basta con tener un celular para todas las personas.
- El SOAT digital es el más seguro, práctico, en fácil portabilidad y usabilidad. No requiere papeles, ni tener que ir a ningún lugar. Solo basta con tener un celular para todas las personas.

En caso de accidente de tránsito:

- En caso de accidente de tránsito, el usuario debe reportar el siniestro a la compañía aseguradora a través del canal de atención al cliente.
- El usuario debe proporcionar toda la información necesaria para la gestión del siniestro.
- El usuario debe proporcionar toda la información necesaria para la gestión del siniestro.
- El usuario debe proporcionar toda la información necesaria para la gestión del siniestro.

Texto habeas data

El usuario puede consultar y actualizar sus datos personales a través del canal de atención al cliente. El usuario debe proporcionar toda la información necesaria para la gestión del siniestro. El usuario debe proporcionar toda la información necesaria para la gestión del siniestro. El usuario debe proporcionar toda la información necesaria para la gestión del siniestro.

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 desenvolverse 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.

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: andrescamilodaza@gmail.com

INFORMACION ACADEMICA

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

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

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



ÍNDICE DERECHO

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

UBAQUE
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.77

ESTATURA

O+

G.S. RH

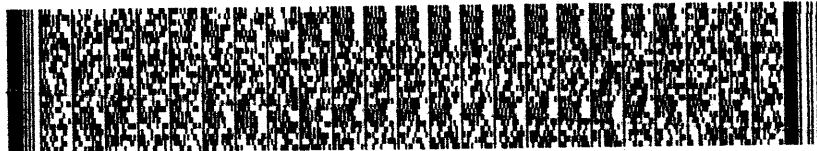
M

SEXO

07-ENE-2016 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA



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-RH

O+

FECHA DE EXPEDICION

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.	16-09-2026	PARTICULAR
B1	AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CUATRIMOTO, CAMPERO, CAMIONETA Y MICROBÚS.	04-10-2032	PARTICULAR
C1	AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CAMPERO, CAMIONETA Y MICROBÚS.	04-10-2035	PUBLICO



ESTA LICENCIA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

LC03004842433

Servicios Integrales 60847.2.0-2 04/22

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 TRAFICO, PROYECTOS DE ORDENACIÓN HÍDRICA, 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 PRESTACION 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 VARIEDAD 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 VARIEDAD 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 COTIZACIÓN:** 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.arlsura.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

Dirección IP: 190.249.26.109, 192.230.104.3, 172.16.42.57

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

SaludTotal 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 A. Afiliación <input type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades <input checked="" type="checkbox"/>	2. Tipo afiliación A. Individual: <input type="checkbox"/> B. Colectiva <input type="checkbox"/> B. Institucional <input type="checkbox"/>	- Cotizante Cabeza de familia <input checked="" type="checkbox"/> - Beneficiario afiliado adicional <input type="checkbox"/> B. De oficio <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 checked="" type="checkbox"/> B. Independiente <input type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>	Código (a registrar por la EPS) <input type="text" value="1"/>	

A. AFILIACIÓN

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

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

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales			
11. Etnia <input type="text" value="6"/>	12. Discapacidad Tipo <input type="text" value="FINM"/> Condición <input type="text" value="TP"/>	13. Puntaje SISBEN <input type="text" value=""/>	14. Grupo de población especial <input type="text" value=""/>
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 13 A 1 B 04 Dirección BOGOTA Municipio/Distrito Telefono fijo 3023846617 Telefono celular BOGOTA Departamento zona Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> Localidad / comuna			
Correo electrónico ANDRESCAMILOCORREDORDAZA@GMAIL.COM			

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante			
19. Apellidos y nombres completos Primer apellido Segundo apellido Primer nombre Segundo nombre			
20. Tipo documento de identidad <input type="text" value=""/>	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			
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			
25. Tipo documento de identidad	26. Número de identidad	27. Sexo Femenino Masculino	28. Fecha de nacimiento
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Datos complementarios

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

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS C VS OLAYA - UOD DENTOLASER OLAYA	Código de la IPS (a registrar por la EPS) VSOLAYA - DENTOOOLAYA
B	
B	
B	

V. 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 WILLIAM PAEZ CARDENAS	36. Tipo de identificación <input type="text" value="CC"/>	37. Número de documento de identificación 80098288	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS) 01
39. Ubicación CR 5 ESTE 97 80 CA Dirección	7000000 Teléfono	DANIMSCORTES345@GMAIL.COM Correo electrónico	BOGOTA Municipio/distrito 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 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 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	42. Fecha
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	2 0 0 8 2 0 2 3
43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código: <input type="text"/>	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		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				71. Firma del funcionario			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre				
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				
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 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, 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

lo que uno
es a medias
debe ser *total*

SaludTotal^{EPS}

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 ilíquida

2

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

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.

1 1

30. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

31. Primer apellido

CORREDOR

32. Segundo apellido

DAZA

33. Primer nombre

ANDRES

34. Otros nombres

CAMILO

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

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

Actividad principal

46. Código

4 9 2 2

47. Fecha inicio actividad

2 0 2 1 1 0 2 6

Actividad secundaria

48. Código

4 9 2 3

49. Fecha inicio actividad

2 0 2 1 1 0 2 6

Otras actividades

50. Código

1

2

Ocupación

51. Código

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

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

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos

SI

NO

X

60. No. 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

HFC4DA1-2C

J4010259

☆LJ11K0606K8001095☆



高速柴油机
DIESEL ENGINE

Model	HFC4DA1-2C	额定功率 Output	72	kW
出厂编号 No.	J4010259	额定转速 Speed	2600	r/min
出厂日期 Date	20180314	净重 Net Weight	270	kg
系族号 Series Code	G40089H0277AD0	排放阶段 Emissions Stage	国 IV	
生产许可证号 Licence Code	XK06-002-00613	供货号 Order No.	PAC7	
型式核准号 Approved No.	20180314 00000001-00			

中国合肥 安徽江淮汽车集团股份有限公司
ANHUI JIANGHUAI AUTOMOBILE GROUP CO., LTD. HEFEI, CHINA





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 firmas(s), 0 sello(s) húmedo(s) o de caucho, sin protector
Estado:	Cuenta activa

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

VIGILADO