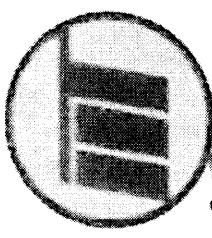


Liberad y Orden

REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE



LICENCIA DE TRÁNSITO No.

10029973120

PLACA	MARCA	LINEA	MODELO
TSM401	FOTON	BJ1039V3JD3-1	2017
CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO	CAPACIDAD KG/PSJ
2.771	BLANCO	PÚBLICO	2264
CLASE DE VEHICULO	TIPO CARROCERIA	COMBUSTIBLE	
CAMIONETA	FURGON	DIESEL	
NÚMERO DE MOTOR	NÚMERO DE SERIE	VIN	REG
G039463	LBV3JBBXHE001739	LBV3JBBXHE001739	N
PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)	NÚMERO DE CHASIS	NÚMERO DE CHASIS	REG
NEME JIMENEZ LINA MARIA	LBV3JBBXHE001739	LBV3JBBXHE001739	N
IDENTIFICACIÓN	C.C. 1030679492		

Ministerio de Transporte

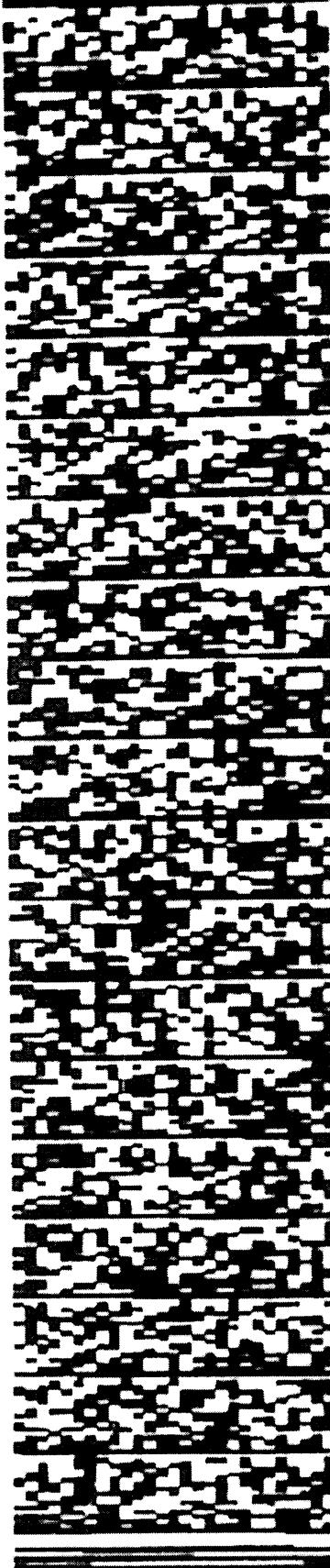
RESTRICCIÓN MOVILIDAD

DECLARACION DE IMPORTACION
352017M000000242
UNITACION A LA PROPIEDAD

BUJDAJE	POTENCIA HP
*****	0
V/E	FECHA IMPORT.
1	23/03/2017
	2

FECHA MATRICULA 12/07/2017
FECHA EXP. LIC. TTO. 08/09/2023
ORGANISMO DE TRANSITO

ESTRADA DEPARTAMENTAL CUNDICAJICA

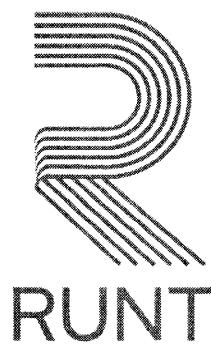


LT07002651569



Libertad y Orden

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



CERTIFICADO DE REVISIÓN TÉCNICO MECÁNICA Y DE EMISIONES CONTAMINANTES

No. 167407439

DATOS CENTRO DIAGNÓSTICO

Entidad que expide el certificado: CDA VERIFYCAR CAJICA

NIT: 901380863 **No. de Certificado de Acreditación:** 21-CDA-059-001

Fecha de expedición: 2023/07/27 **Fecha de vencimiento:** 2024/07/27

DATOS VEHÍCULO

PLACA:	TSM401	CLASE:	CAMIONETA
MARCA:	FOTON	MODELO:	2017
SERVICIO:	Público	COMBUSTIBLE:	DIESEL
CILINDRAJE:	2771	NRO. MOTOR:	G039463
NRO. CHASIS:	LVBV3JBBXHE001739	VIN:	LVBV3JBBXHE001739
LÍNEA:	BJ1039V3JD3-1		
COLOR:	BLANCO		

NOMBRE PROPIETARIO: CARLOS A. MARTINEZ R.

FIRMA DEL RESPONSABLE

GABRIEL EDMUNDO GUERRERO SEGURA

Para conocer el historial de propietarios

Consulte el Histórico Vehicular Aquí

◀ Datos Técnicos del Vehículo

▶ Poliza SOAT

Número de poliza	Fecha expedición	Fecha inicio de vigencia	Fecha fin de vigencia	Código tarifa	Entidad expide SOAT	Estado
9201123196867	13/07/2023	14/07/2023	13/07/2024	310	MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A.	● VIGENTE
150011139780100	12/07/2022	14/07/2022	13/07/2023	310	SEGUROS COMERCIALES BOLÍVAR S.A.	● NO VIGENTE
150010636390100	12/07/2021	14/07/2021	13/07/2022	310	SEGUROS COMERCIALES BOLÍVAR S.A.	● NO VIGENTE
78369487	13/07/2020	14/07/2020	13/07/2021	310	COMPANIA MUNDIAL DE SEGURO	● NO VIGENTE
78467991	11/07/2019	12/07/2019	11/07/2020	310	COMPANIA MUNDIAL DE SEGURO	● NO VIGENTE

▶ Pólizas de Responsabilidad Civil

ESTADÍSTICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA



NÚMERO 1.030.679.492

NEME JIMENEZ

APELLIDOS

LINA MARIA

NOMBRES

Lina Maria Neme Jimenez
FIRMA

06-MAY-1997

FECHA DE NACIMIENTO
BOGOTÁ D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.55

ESTATURA

G.S. RH

F

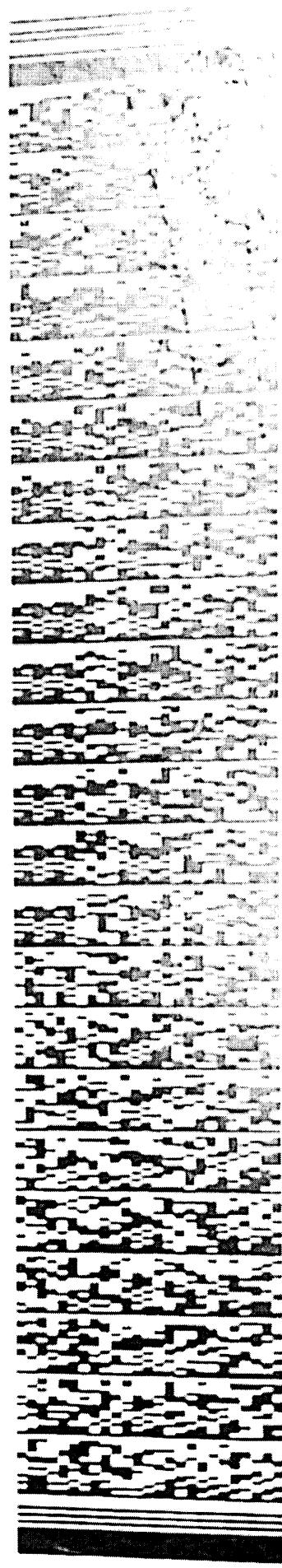
SEXO

O+

21-JUL-2015 BOGOTÁ D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

ÍNDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA



P-1500150-01115300-F 100200 2015-07-21 006907317410



SEGURIDAD INDUSTRIAL Y MENSAJERIA

INTERVENCION ESPECIALIZADA EN PLICAS

INGENIERO@SOLUTIONFUMIGACIONES.COM.CO

SANEAMIENTO AMBIENTAL, HIGIENE, ORDEN Y ASEO FUMIGACIONES

Evaluaciones microbiológicas y desinfecciones de medioambiente.

Industriales y Comerciales, superficies, equipos, manipuladores,

Residenciales, materias primas, productos en Salud Pública

Proceso y productos terminados, vehículos transportadores de alimentos y materias primas.

ASEGURAMOS DE LA CALIDAD – CALIDAD INSUPERABLE

CERTIFICADO DE FUMIGACIÓN N° 1075

FECHA: 25 DE SEPTIEMBRE DEL 2023

NOMBRE: LINA MARIA NEME JIMENEZ CC / NIT: 1.030.679.492

PLACA: TSM401 MARCA: FOTON BJ1039V3JD3-1 MODELO: 2017

CARROCERIA: FURGON REMOLQUE: N/A

CERTIFICADO DE INTERVENCION

Servicio Prestado	Producto Utilizado Toxicológica	Categoría Químico	Grupo
FUMIGACIÓN VEHÍCULO	AMONIO CUATERNARIO	TENSIOACTIVOS CATONICOS	III

DESCRIPCION DEL PRODUCTO:

Su naturaleza neutra y su relativa inocuidad hacen de los amonios cuaternarios un compuesto ideal para la desinfección de superficies y ambientes. Entre sus principales ventajas encontramos:

- Ancho espectro bactericida, fungicida y virucida. Su mecanismo de actuación, penetrando y rompiendo la membrana citoplasmática, degradando proteínas y ácidos nucleicos y, finalmente, provocando la lisis celular, le confiere excelentes propiedades frente a todo tipo de microorganismos.
- Baja corrosividad. No atacan la mayoría de superficies presentes a nivel industrial e institucional y su manipulación es relativamente segura comparada con la de otros principios desinfectantes, siempre usando las medidas de protección pertinentes.
- Efectividad incluso en presencia de materia orgánica, especialmente en el caso de las últimas generaciones de amonios cuaternarios.
- Poder residual. Sus características físico-químicas hacen que, en caso de no ser aclarados, se mantengan sobre las superficies y conserven durante tiempo su eficacia desinfectante.

PRECAUCIONES

No pase las manos, ni alguna parte del cuerpo por

Las superficies tratadas

Si algún alimento es contaminado destrúyalo

Si algún utensilio de cocina o prenda de vestir se impregna lávela con

Abundante agua y jabón. Abra puertas y ventanas cuando el operario

Lo indique. Barra y recoja los insectos muertos.

RECOMENDACIONES

1- Línea toxicológica H.U.V 24 horas

2- Si otra empresa ofrece sus servicios verifiquen que esté

Autorizada

3- La próxima aplicación se hará cuando el funcionario

de salud lo ordene o por directa voluntad del usuario

4. Ordene y ase su vehículo antes de la aplicación.


JUAN CARLOS RAMIREZ

SOLUTION FUMIGACIONES NIT: 900.955.460-8

CARRERA 12 NO. 10 – 31 FUNZA CUNDINAMARCA CEL: 3185687489 SERVICIO A
DOCIMILIO EN TODO BOGOTA Y ALEDAÑOS – SERVICIO DE 8 AM A 5 PM DE LUNES
A VIERNES.



SOLUTION
FUMIGACIONES
SANITIZACIONES

CERTIFICADO DE FUMIGACIÓN VEHICULO N.1075

NOMBRE
FECHA DEL SERVICIO
PLACA DEL VEHICULO
PRODUCTO APLICADO
VIGENCIA DEL CERTIFICADO

LINA MARIA NEME JIMENEZ
25/09/2023
TSM401
AMONIO CUATERNARIO
6 MESES



SOLUTION FUMIGACIONES NIT:900.955.460-8
CARRERA 12 NO. 10 – 31 FUNZA CUNDINAMARCA CEL: 3185687489 SERVICIO A DOMICILIO
EN TODO BOGOTÁ Y ALEDAÑOS – SERVICIO DE 8 AM A 5 PM DE LUNES A VIERNES.

Subred: SUR OCCIDENTE ESC Número de Inscripción: _____
 Unidad de Servicios de Salud: FONTIBON Número de Carpeta: _____

1. IDENTIFICACIÓN DEL VEHICULO

1.1 Línea de Intervención:				
1.2 Actividad: Vehículo Transportador de Alimentos				
1.3 Dirección donde se realiza la inspección: <u>CRA 15 # 15A - 03</u>				
1.5 Localidad: <u>FONTIBON</u>	1.6 UPZ: <u>ZONA FRANCA</u>			
1.7 Barrio: <u>COMPOSTELA</u>				
1.8 Nombre del propietario del vehículo: <u>LINA MARIA NEMEC JIMENEZ</u>	1.9 Teléfono: <u>3102854365</u>			
1.10 Tipo de documento: C.C <input checked="" type="checkbox"/> C.E <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>	1.13 Número: <u>1037699492</u>	1.11 Email:		
1.12 Dirección de Notificación: <u>CRA 80 # 40C - 66 SUR Barrio KENNEDY BOGOTÁ</u>				
1.13 Nombre del conductor: <u>DANIEL ARCEMIRO GUTIERREZ ORDOÑEZ</u>	1.14 Teléfono:			
1.15 Tipode documento: C.C <input checked="" type="checkbox"/> C.E <input type="checkbox"/>	1.16 Número: <u>1030684056</u>			
1.17 Nombre del propietario del producto:	1.18 Teléfono: <u>3102854365</u>			
1.19 Tipo de documento: C.C <input type="checkbox"/> C.E <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>	1.20 Email:			
1.21 Tipo de vehículo: Camión <input type="checkbox"/> Camioneta <input checked="" type="checkbox"/> Tracto-Camión <input type="checkbox"/> Remolque <input type="checkbox"/> Trailer <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cual:				
1.22 Tipo de carrocería: Cabinado <input type="checkbox"/> Van <input type="checkbox"/> Furgón <input checked="" type="checkbox"/> Capacete <input type="checkbox"/> Botellero <input type="checkbox"/> SRS <input type="checkbox"/> Tanque <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Cual:				
1.23 Modelo: <u>2017</u>	1.24 Marca: <u>FOTON</u>	1.25 Color: <u>BLANCO</u>	1.26 Placa: <u>TSM 401</u>	
1.27 Sistema de refrigeración: SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	1.29 Número de trabajadores: <u>2</u>			
1.30 Tipo de alimento que transporta: <u>CAJAS</u>				
1.31 Tipo de materias primas que transporta: <u>ALIMENTOS</u>				

CONCEPTO SANITARIO DE LA ÚLTIMA VISITA SANITARIA

FECHA DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	Favorable			% De cumplimiento de la ultima inspección	%		
	Favorable con requerimientos						
	Desfavorable						
	DIA	MES	AÑO				

MOTIVO DE LA VISITA

Programación <input type="checkbox"/>	Solicitud del interesado <input checked="" 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: Especifique: _____

EVALUACIÓN CALIFICACIÓN

Aceptable	A	Marque con un X cuando el establecimiento 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 establecimiento cumple parcialmente los requisitos descritos en el instructivo para el aspecto a evaluar.
Inaceptable	I	Marque con una X cuando el establecimiento no cumple con ninguno de 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 que el establecimiento continúe ejerciendo sus labores.

1. CONDICIONES SANITARIAS DE INSTALACIONES Y PROCESOS					
1. DISEÑO DE LA UNIDAD DE TRANSPORTE	A	AR	I	HALLAZGOS	
1.1 Diseño sanitario del vehículo. (Decreto 561 de 1984, Art. 98. Decreto 2278/1982 Art. 365, 367, 368,369 y 373. Decreto 616 de 2006 Art.57, Art. 58 y Art. 59, Resol. 2674/2013. Art. 29, Núm. 5 y 9. Resol. 2505/2004. Art. 4.)	12				
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE					
La calificación del bloque corresponde al 12% del total del acta					
1. CONDICIONES SANITARIAS DE INSTALACIONES Y PROCESOS					
2. EQUIPOS Y UTENSILIOS	A	AR	I	HALLAZGOS	
2.1 Condiciones de los utensilios. (Decreto 561 de 1984, Art. 98. Decreto 2278/1982 Art. 366 y 368. Resolución 2505 de 2004, Art. 4. Resol. 2674/2013. Art. 29, Núm. 1 y 6. Art. 9. Núm. 1, 2. Resoluciones 683, 4142 y 4143 de 2012; 834 y 835 de 2013.)	12				
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE					
La calificación del bloque corresponde al 12% del total del acta					
1. CONDICIONES SANITARIAS DE INSTALACIONES Y PROCESOS					
3. PERSONAL MANIPULADOR DE ALIMENTOS	A	AR	I	HALLAZGOS	
3.1 Estado de salud. (Resol. 2674/2013. Art. 11, Núm. 5. Art. 14,Núm. 12.)	13				
3.2 Reconocimiento Médico (Resolución 2674 de 2013, Artículo 11, Numeral 1, 2, 3, 4)	X				
3.3 Prácticas higiénicas. (Resolución 2674/2013, Artículo 14, numerales 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13 y 14. Artículo 36. Artículo 35, Numeral 5 y 7.)	12				

1. CONDICIONES SANITARIAS DE INSTALACIONES Y PROCESOS				
CONTINUACIÓN 3. PERSONAL MANIPULADOR DE ALIMENTOS	A	AR	I	HALLAZGOS
3.4 Educación y Capacitación (Resolución 2674/2013, Artículos 12 y 13. Artículo 36.)	X 6			SE EVIDENCIA EL CERTIFICO DE MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS.
			C	
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE			La calificación del bloque corresponde al 36% del total del acta	

1. CONDICIONES SANITARIAS DE INSTALACIONES Y PROCESOS				
4. SANEAMIENTO	A	AR	I	HALLAZGOS
4.1 Limpieza del vehículo. (Resolución 2674/2013. Art. 29, Núm. 4 y 5.)	X 15			SE EVIDENCIA CARNET DE MANIPULACIÓN.
			C	
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE			La calificación del bloque corresponde al 15% del total del acta	

1. CONDICIONES SANITARIAS DE INSTALACIONES Y PROCESOS				
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.)	X 20			
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.)	X 5			
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE			La calificación del bloque corresponde al 25% del total del acta	

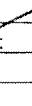
II. CONCEPTO SANITARIO			
% De cumplimiento	CONCEPTO	Nivel de cumplimiento	Observaciones con una (1) al concepto sanitario a emitir
96%	X Favorable	90-100%	En caso de uno o mas de los aspectos a evaluar sea identificado como crítico y calificado como inaceptable (I), independiente del porcentaje de cumplimiento obtenido, el CONCEPTO SANITARIO a emitir será DESFAVORABLE y se procederá a aplicar la MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD respectiva.
	Favorable con requerimientos	60-89.9%	
	Desfavorable	<59.9%	

III. RELACIÓN DE LAS MUESTRAS TOMADAS EN EL ESTABLECIMIENTO			
Número total de muestras tomadas			
Número del acta de toma de muestras			

IV. RELACIÓN DE LAS MUESTRAS TOMADAS EN EL ESTABLECIMIENTO			
Se debe ajustar el establecimiento ala normatividad sanitaria vigente corrigiendo los hallazgos registrados en la presente acta			

V. APLICACIÓN DE MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD			
Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>		
Clausura temporal total	<input type="checkbox"/>	Suspensión total de trabajos o servicios	<input type="checkbox"/>
Clausura temporal parcial	<input type="checkbox"/>	Decomiso	<input type="checkbox"/>
Suspensión parcial de trabajos o servicios	<input type="checkbox"/>	Congelación	<input type="checkbox"/>

VI. OBSERVACIONES			
Por parte de la autoridad sanitaria:			
			
Por parte del establecimiento:			
			

VII. NOTIFICACIÓN DEL ACTA			
Para constancia previa lectura y ratificación del contenido de la presente acta, firman los funcionarios y personas que intervinieron en la visita, hoy <u>25</u> del mes de <u>Septiembre</u> del año <u>2013</u> en la ciudad de Bogotá D. C.			
De la presente acta se deja copia en poder del interesado, representante legal, responsable del establecimiento o quien atendió la visita.			
NOTA: El acta debe ser notificada dentro de un plazo no mayor de (5) días contados a partir de la realización de la visita.			
FUNCIONARIO DE SALUD (1)		FUNCIONARIO DE SALUD (2)	
Nombre: <u>Alexandra Hernández</u>	Nombre:		
Tipo de documento: <u>CC</u>	Tipo de documento:		
Número de documento: <u>1015405546</u>	Número de documento:		
Cargo: <u>TSI</u>	Cargo:		
Firma: <u>_____</u>	Firma:		
PERSONA QUE ATIENDE LA VISITA		TESTIGO	
Nombre:	Nombre:		
Tipo de documento: C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>	Tipo de documento:		
Número de documento:	Número de documento:		
Cargo: Representante legal: <input type="checkbox"/> Propietario: <input type="checkbox"/> Encargado: <input type="checkbox"/>	Firma:		
Firma:			

FORMATO DE VERIFICACIÓN DE ROTULADO

ANEXO ACTA DE VISITA

Acta de Vista Número

AS14C 313046

Fecha: 25 - 10 - 2023

Nombre del establecimiento:

Nombre del producto: ALIMENTOS VARIOS

ASPECTOS A VERIFICAR	Cumple	No Cumple	No Aplica	OBSERVACIONES
1. El rótulo no describe o presenta el producto alimenticio envasado, en forma falsa, equivocada o engañosa o susceptible de crear una impresión errónea respecto de su naturaleza o inocuidad.	X			
2. No contiene ilustraciones o representaciones gráficas que hagan alusiones a propiedades medicinales, preventivas o curativas que den lugar a apreciaciones falsas sobre la verdadera naturaleza, origen, composición o calidad del alimento.	X			
3. Si el alimento declara que su contenido es 100% natural, no contiene aditivos declarados en la lista de ingredientes.	X			
4. No emplea palabras, ilustraciones o representaciones gráficas, que sugieran directa o indirectamente cualquier otro producto con el cual pueda confundirse o inducir a suponer que el alimento se relaciona en forma alguna con otro producto.	X			
5. El nombre indica la verdadera naturaleza del alimento. Si usa un nombre genérico, este se encuentra avalado por la normatividad sanitaria vigente.				
6. Contiene la lista de ingredientes.	X			
7. Contiene la lista de ingredientes. El nombre del producto y el contenido neto aparecen en la cara principal de exhibición.	X			
8. Indica el nombre o Razón Social y dirección del fabricante, envasador o reempacador, precedido por la expresión "fabricado o envasado por". Si se trata de un producto importado indica el nombre o razón social y dirección del importador. En estos casos contiene las leyendas según la normatividad sanitaria vigente.	X			
9. Contiene la información del lote de forma visible, legible e indeleble acompañada de la palabra "lote", o la letra "L".	X			

1. Cumple | 2. No Cumple | 3. No Aplica

Hoja 1/2

Impresión: Subdirección Inspección Danta D.O.

Cra 32 No. 12-81
 Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co



BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS

FORMATO DE VERIFICACIÓN DE ROTULADO
ANEXO ACTA DE VISITA

Acta de Vista Número
AS14C 313046

GRUPOS DE ALIMENTOS	Cumple	No Cumple	No Aplica	OBSERVACIONES
10. Especifica de forma visible, legible e indeleble, la fecha de vencimiento y/o duración mínima, en orden estricto y secuencial, así: DÍA, MES Y AÑO: Día escrito con números - mes con las tres primeras letras o en forma numérica - año con los últimos dos dígitos -Día y mes para productos que tengan una fecha de vencimiento no superior a tres meses. -Mes y año para productos que tengan un vencimiento de más de tres meses. No usa sticker para la presentación de esta información.	X			
11. Contiene las instrucciones necesarias para modo de empleo.	X			
12. Declara el número de registro sanitario según la normatividad sanitaria vigente.	X			
13. En caso que el producto contenga la información en idioma extranjero, presenta el rotulo o etiqueta complementario que contenga la información en idioma español, según la normatividad sanitaria vigente.	X			
14. En caso de declarar en la lista de ingredientes que contiene aspartame, se especifica la leyenda según la normatividad sanitaria vigente.	X			
15. Incluye las leyendas obligatorias según lo especifica la normativa sanitaria vigente.	X			
FUNCIONARIO DE SALUD (1)		FUNCIONARIO DE SALUD (2)		
Nombre: <u>Alexandra Velandia</u>		Nombre:		
Tipo de documento: <u>CC</u>		Tipo de documento:		
Número de documento: <u>1015405546</u>		Número de documento:		
Cargo: <u>TSA</u>		Cargo:		

Impresión Subdirección Imprenta Distrital DDI

Hoja 2/2

Cra 32 No. 12-81
 Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co



**BOGOTÁ
 MEJOR
 PARA TODOS**



POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 05:06:55 PM horas del 27/09/2023, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1030679492**

Apellidos y Nombres: **NEME JIMENEZ LINA MARIA**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

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

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las **instalaciones de la Policía Nacional** más cercanas.



Dirección: Avenida El Dorado # 75
- 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a
Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00
pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano:
5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.araico@policia.gov.co



Presidencia de
la República



Ministerio de
Defensa Nacional



Portal Único de
Contratación



GOV.CO

Todos los derechos reservados.

2. Concepto 0 1 Inscripción

4. Número de formulario

14798587887



(415)7707212489984(8020) 0000014798587887

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 0 3 0 6 7 9 4 9 2

6. DV

 12. Dirección seccional
Impuestos de Bogotá

3 2

14. Buzón electrónico

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

25. Tipo de documento

2 Cédula de Ciudadanía

IDENTIFICACIÓN

26. Número de Identificación

1 0 3 0 6 7 9 4 9 2

27. Fecha expedición

2 0 1 5 0 7 2 1

Lugar de expedición 28. País

COLOMBIA

29. Departamento

1 6 9 Bogotá D.C.

30. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

31. Primer apellido

NEME

32. Segundo apellido

JIMENEZ

33. Primer nombre

LINA

34. Otros nombres

MARIA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Cigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

39. Departamento

1 6 9 Bogotá D.C.

40. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

CR 80 40 C 66 SUR

42. Correo electrónico linamarianeme97@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 1 3 2 4 2 4 7 3 5

45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN
Actividad económica
Ocupación
Actividad principal

46. Código 47. Fecha inicio actividad

4 9 2 3 2 0 2 1 1 1 2 4

Actividad secundaria

48. Código 49. Fecha inicio actividad

1 1

Otras actividades

50. Código 1 2

51. Código

52. Número establecimientos

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 2 0

20- Obtención NIT

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

56. Tipo

Servicio

1

2

3

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

Para uso exclusivo de la DIAN

 59. Anexos SI NO

60. No. de Folios:

1

61. Fecha

2021 - 11 - 24 / 12 : 47: 27

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 NEME JIMENEZ LINA MARIA

985. Cargo Contribuyente



ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NUMERO DE IDENTIFICACION	1030679492
NOMBRES	LINA MARIA
APELLIDOS	NEME JIMENEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTÁ D.C
MUNICIPIO	BOGOTÁ D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S	CONTRIBUTIVO	03/09/2018	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión: 09/27/2023 16:47:25 | Estación de origen: 192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la