



**NELSON ARMANDO MONTAÑO REY
C.C. 80129887 Bogotá
Calle 65 Sur B Bis No. 1-51 Sur Casa 121
Teléfono 3162720212**

PERFIL PROFESIONAL

Amplia experiencia en conducción, manejo de la cadena de distribución en todas sus fases, desde la recolección de la mercancía en punto de acopio hasta la entrega a su destinatario.

Alto sentido de pertenencia, alto grado de responsabilidad, capacidad de aprendizaje, flexible al cambio y de fácil adaptación

FORMACION ACADEMICA

ICFES
Bachillerato Académico
1998

Sebastian Felipe Bernal
Capacitación y Asesoría de Alimentos
10 Horas
Vigencia: Feb 2023 – Feb 2024

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **80.129.887**

MONTAÑO REY

APELLIDOS

NELSON ARMANDO

NOMBRES


FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **24-ABR-1981**

FUNZA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.75
ESTATURA

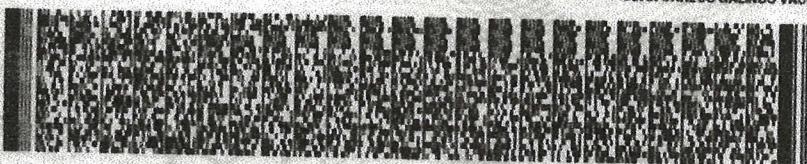
O+
G.S. RH

M
SEXO

14-MAY-1999 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA



A-1500150-00993891-M-0080129887-20180409

0060720201A 1

9903871339

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

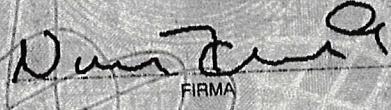
NÚMERO **80.129.887**

MONTAÑO REY

APELLIDOS

NELSON ARMANDO

NOMBRES


FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **24-ABR-1981**

FUNZA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO



1.75 **O+**
ESTATURA G.S. RH

M
SEXO

14-MAY-1999 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

ÍNDICE DERECHO



A-1500150-00993891-M-0080129887-20180409 0060720201A 1 9903871339

ESTADÍSTICA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL



REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE CONDUCCIÓN

No. 80129887

Liberad y Orden

NOMBRE

NELSON ARMANDO MONTAÑO REY

FECHA DE NACIMIENTO

24-04-1981

SANGRE-RH

O+

FECHA DE EXPEDICIÓN

09-02-2023

RESTRICCIONES DEL CONDUCTOR

CONDUCIR CON LENTES



ORGANISMO DE TRÁNSITO EXPEDIDOR

SDM - BOGOTÁ D.C.

Ministerio de Transporte

CATEGORIAS AUTORIZADAS			
CATEGORIA	CLASE DE VEHICULO	VIGENCIA	SERVICIO
B1	AUTOMÓVIL. MOTOCARRO, CUATRIMOTO, CAMPERO, CAMIONETA Y MICROBÚS.	09-02-2033	PARTICULAR
C1	AUTOMÓVIL. MOTOCARRO, CAMPERO, CAMIONETA Y MICROBÚS.	09-02-2026	PÚBLICO



ESTA LICENCIA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL
LC03005281387

Servicios Integrales 80847.2.0-4 07/22



REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE



Liberdad y Orden

LICENCIA DE TRÁNSITO No.

10028474423

PLACA SX0439	MARCA CHEVROLET	LÍNEA N200	MODELO 2011
CILINDRADA CC 1.206	COLOR BLANCO LUZ DE LUNA	SERVICIO PÚBLICO	
CLASE DE VEHÍCULO CAMIONETA	TIPO CARROCERÍA VAN	COMBUSTIBLE GASOLINA	CAPACIDAD Kg/PSJ 410
NÚMERO DE MOTOR B12UNIC0201259	REG N	VIN LZWACAGA9B4004878	
NÚMERO DE SERIE LZWACAGA9B4004878	REG N	NÚMERO DE CHASIS LZWACAGA9B4004878	REG N
PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) MONTAÑO REY NELSON ARMANDO		IDENTIFICACIÓN C.C. 80129887	

RESTRICCIÓN MOVILIDAD

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN
352011000003626
LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD

BLINDAJE

85

FECHA IMPORT.
07/01/2011

POTENCIA HP
5

FECHA MATRÍCULA
22/06/2011

FECHA EXP. LIC. TTO.
21/02/2023

FECHA VENCIMIENTO

ORGANISMO DE TRÁNSITO

SDM - BOGOTA D.C.





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

RUNT
REGISTRO ÚNICO NACIONAL DE TRANSPORTE



CERTIFICADO DE REVISIÓN TÉCNICO MECÁNICA Y DE EMISIONES CONTAMINANTES
No. 160813173

DATOS CENTRO DIAGNÓSTICO

Entidad que expide el certificado: CDA INGENIERIA SAS

NIT: 901084176 No. de Certificado de
Acreditación: 18-OIN-049-001

Fecha de expedición: 2022/08/11 Fecha de vencimiento: 2023/08/11

DATOS VEHÍCULO

PLACA:	SXO439	CLASE:	CAMIONETA
MARCA:	CHEVROLET	MODELO:	2011
SERVICIO:	Público	COMBUSTIBLE:	GASOLINA
CILINDRAJE:	1206	NRO. MOTOR:	B12UNICO201259
NRO. CHASIS:	LZWACAGA9B4004878	VIN:	LZWACAGA9B4004878
LÍNEA:	N200		
COLOR:	BLANCO LUZ DE LUNA		

NOMBRE PROPIETARIO: EDGAR POVEDA R.

FIRMA DEL RESPONSABLE

EDGARDO ALEXANDER BARBOSA SANCHEZ

SOAT

SOAT 2022-2023. SOAT 2022-2023. SOAT 2022-2023. SOAT 2022-2023.

FECHA DE EXPEDICIÓN: 2022 08 03
VALIDADES HASTA: 2022 08 04
VALIDADES HASTA: 2023 08 03



sura
890.903.407 - 9

NO. IDENT.	PLACA	CLASE DE VEHICULO	SECTOR	CERCALES VEHIC.	MOTOR
29239188	SX0439	CAMIONETA	PUBLICO INTERMUNICIPAL	1206	2011
2	N200	CHEVROLET			
B12UNIC0201259	LZWACAGA9B4004878		LZWACAGA9B4004878	0.41	
EDGAR POVEDA RUIZ			CEDULA	1014225649	
AT1318	3552	4999			
212	\$ 515,600	\$ 268,100	A. GASTOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS, FARMACÉUTICOS Y HOSPITALARIOS	800	SALARIOS MÍNIMOS LEGALES DIARIOS VIGENTES
	\$ 785,600	\$ 1,900	B. TRATAMIENTO PERMANENTE	180	
			C. MUERTE Y GASTOS FÚNERARIOS	750	
			D. GASTOS DE TRANSPORTE Y MIGRACIÓN DE VÍCTIMAS	10	

Ángel Gómez G.



**CON EL SOAT SURA
VAMOS MÁS ALLA**

Porque estamos contigo si tienes un accidente de tránsito donde hay lesionados, a través del **#888**.



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 debe renovar su póliza. No tener SOAT vigente acarrea multas económicas, la detención del vehículo y en caso de accidente de tránsito el recibo 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.

Texto habeas data

"Autorizo a SURAMERICANA S.A para almacenar y usar mis datos personales con la finalidad de vincularme como cliente de SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A; para el tratamiento los mismos, incluso datos biométricos, que es un dato sensible, con el fin de ejecutar el contrato, entregar, transmitir o compartir mi información con: Centrales de Riesgo para reportar mi comportamiento crediticio; con proveedores, intermediarios de Seguros, Compañía matriz, filiales y subsidiarias; para ser contactado para el envío de información y ofertas de productos; para las demás contempladas en la política de privacidad.

Las respuestas a las preguntas sobre el tratamiento de datos sensibles son facultativas. Como titular de sus datos tiene derecho a conocerlos, actualizarlos, revocar y conocer la autorización para su tratamiento, solicitar la supresión cuando proceda y acceder en forma gratuita a los mismos.

El responsable del tratamiento de sus datos es SURAMERICANA S.A, para ejercer los derechos sobre éstos comunicarse al 437 8888 (Medellín, Bogotá y Cali) resto del país 03 800051888. Para conocer las políticas de privacidad visite www.segurosura.com.co

SEBASTIAN FELIPE BERNAL USECHE

CAPACITACION Y ASESORIA EN ALIMENTOS

NO. BIO2101

NELSON ARMANDO MONTAÑO REY

D.I. 80129887

FECHA DE EXPEDICION: 13-02-2023

FECHA DE VENCIMIENTO: 13-02-2024

RESOLUCIÓN 2674 DE 2013



Vigencia: 1 año.

SEBASTIAN FELIPE BERNAL USECHE

TP 091062-0511022

Certifica que el portador de esta certificación, ingreso al
Plan de capacitación continua y permanente 10 horas

comercialbiomip@gmail.com

gerenciabiomip@gmail.com

3222187181

E.S.E.: Subsidio nocte Fecha: 20/10/2023

IDENTIFICACIÓN DEL VEHÍCULO

ID vehículo: <u>Neoo</u>	Número de Inscripción: <u>29755</u>	Número de carpeta:
--------------------------	-------------------------------------	--------------------

Nombre del establecimiento o lugar donde se realiza la inspección:

OPA Pionero

Dirección donde se realiza la inspección: <u>cl 94 57 40</u>
--

Localidad: <u>Barrios Unidos</u>

UPZ: <u>Andes</u>	Barrio: <u>Pionero</u>
-------------------	------------------------

Nombre del propietario del vehículo: <u>Edgar Pineda Roit</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: <u>1014225649</u>
--

Correo electrónico para notificación* <u>no tiene</u>

Dirección de Notificación: <u>kr 11 - 65 70</u>	Teléfono: <u>3162720212</u>
---	-----------------------------

Nombre del propietario del producto: <u>Nelson Armando Montano Rey</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: <u>1014225649 *</u>
--

Correo electrónico para notificación* <u>no tiene</u>

Dirección de Notificación: <u>kr 11 - 65 70</u>	Teléfono: <u>3162720212</u>
---	-----------------------------

Línea de intervención: <u>alimentos Sanos y Seguros.</u>
--

Clase de vehículo: <u>camioneta</u>	Tipo de carrocería: <u>Ván</u>
-------------------------------------	--------------------------------

Modelo: <u>2011</u>	Marca: <u>Chevrolet</u>	Placa: <u>5X0439</u>
---------------------	-------------------------	----------------------

Sistema de refrigeración: SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
--

Número de trabajadores: <u>1</u>	Horario: Diurno <input type="checkbox"/> Nocturno <input type="checkbox"/> 24 horas <input checked="" type="checkbox"/> Otro: <input type="checkbox"/>
----------------------------------	--

Días de funcionamiento: Lunes a viernes <input type="checkbox"/> Domingo a domingo <input type="checkbox"/> Fin de semana <input type="checkbox"/> Otro: <input type="checkbox"/>

Tipo de productos que transporta:

Güeros, cereales, confitería.

CONCEPTO SANITARIO DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN

FECHA DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	DD MM AAAA	Favorable	<input type="checkbox"/>	% De cumplimiento de la última inspección	%
		Favorable con requerimientos	<input type="checkbox"/>		
		Desfavorable	<input type="checkbox"/>		

MOTIVO DE LA INSPECCIÓN

Programación <input checked="" type="checkbox"/>	Solicitud del interesado <input type="checkbox"/>	Asociada a peticiones, quejas y reclamos <input type="checkbox"/> Número de radicado:
Solicitud oficial <input type="checkbox"/> Número de radicado:	Evento de interés en salud pública <input type="checkbox"/>	Solicitud de práctica de pruebas/ Procesos sancionatorios admin <input type="checkbox"/>

Otro: Especifique:

EVALUACIÓN		CALIFICACIÓN
Aceptable	A	Marque con una X cuando el vehículo cumple la totalidad de los requisitos des- critos en el instructivo para el aspecto a evaluar.
Aceptable con Requerimiento	AR	Marque con una X cuando el vehículo cumple parcialmente los requisitos des- critos en el instructivo para el aspecto a evaluar.
Inaceptable	■	Marque con una X cuando el vehículo no cumple con ninguno los requisitos

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	3	0	No se garantiza continuidad y permanencia en capacitación
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE			33	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.)	X 15	7,5	0	
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.)	X 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.)	X 5	2,5	0	

1. CONDICIONES SANITARIAS DEL VEHÍCULO				
1. DISEÑO DE LA UNIDAD DE TRANSPORTE	A	AR	I	HALLAZGOS
1.1 Diseño sanitario del vehículo. (Decreto 561 de 1984, Art. 98. Decreto 2278/1982 Art. 365, 367, 368, 369 y 373. Decreto 616 de 2006 Art.57, Art. 58 y Art. 59. Resol. 2674/2013. Art. 29, Núm. 5 y 9. Resol. 2505/2004. Art. 4.)	12	X 6	0	no se evidencia Separación Física Completa entre cabina y unidad de carga.
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE			6	La calificación del bloque corresponde al 12% del total del acta
2. EQUIPOS Y UTENSILIOS	A	AR	I	HALLAZGOS
2.1 Condiciones de los utensilios. (Decreto 561 de 1984, Art. 98. Decreto 2278/1982 Art. 366 y 368. Resolución 2505 de 2004, Art. 4. Resol. 2674/2013. Art. 29, Núm. 1 y 5. Art. 9, Núm. 1, 2. Resoluciones 683, 4142 y 4143 de 2012; 834 y 835 de 2013.)	12	X 6	0	
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE			12	La calificación del bloque corresponde al 12% del total del acta
3. PERSONAL MANIPULADOR DE ALIMENTOS	A	AR	I	HALLAZGOS
3.1 Estado de salud. (Resol. 2674/2013. Art. 11, Núm. 5. Art. 14, Núm. 12.)	13	X 6,5	0	
3.2 Reconocimiento Médico (Resolución 2674 de 2013, Artículo 11, Numeral 1, 2, 3, 4)	4	X 2	0	
3.3 Prácticas higiénicas. (Resolución 2674/2013, Artículo 14, Numerales 1, 2, 3, 4 5 6 7 8 9 10 11 13 v 14	13	X 6,5	0	

II. CONCEPTO SANITARIO			
% De cumplimiento	CONCEPTO	Nivel de cumplimiento	Nota
91	<input checked="" type="checkbox"/> Favorable	90-100%	En caso que uno o más de los aspectos a evaluar sea identificado como crítico y calificado como Inaceptable (I), independiente del porcentaje de cumplimiento obtenido, el CONCEPTO SANITARIO a emitir será DESFAVORABLE y se procederá a aplicar la MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD respectiva.
	<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 corrige documento del propietario del vehículo = 80129.887, no se verifica
 Poblado, ya que se inspecciona vehículo
 sin carga

Observaciones por parte de la persona que atiende la inspección:

Ninguno

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 21 del mes de AGO 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: <u>Adriana Ruiz Comité Salud</u>	Nombre: _____
Tipo de documento: <u>C.C.</u>	Tipo de documento: _____
Número de documento: <u>102408719</u>	Número de documento: _____
Profesión u oficio: <u>Funcionaria en Sindicamento</u>	Profesión u oficio: _____
Firma: <u>Adriana Ruiz</u>	Firma: _____
PERSONA QUE ATIENDE LA INSPECCIÓN	TESTIGO
Nombre: <u>Nelson Armando Montaño Roa</u>	Nombre: _____
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"/>	Tipo de documento: C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input checked="" type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> PEP <input type="checkbox"/> PS <input type="checkbox"/> PTP <input type="checkbox"/>
Número de documento: <u>80129887</u>	Número de documento: _____
Cargo: Encargado <input type="checkbox"/> Conductor <input checked="" type="checkbox"/>	Firma: _____
Firma: <u>Nelson Montaño</u>	

NOTA: 1. "En concordancia con lo establecido en el artículo 17 de la Ley 1437 de 2011, se da por comunicado que la imposición de un concepto

ALIANZA

CERTIFICADO MIP

Quien cumple con los requisitos ante la secretaría de salud según acta No SQ07C 002387 Y CONSECUITIVO SDS 0326-5465 proyecto de vigilancia a empresas de aplicación de plaguicidas, y lavados de tanque según decreto 1843 de año 1991

CERTIFICA:

Que en el establecimiento se realizaron los controles tales como: Desinsectación General (insectos voladores y rastreados) y Control de Roedores

RAZON SOCIAL	SXO 439
DIRECCION	
ENCARGADO	NELSON
AREA A INTERVENIR	INTERIORES
FECHA DE SERVICIO	20-02-2023
FECHA DEL SIGUIENTE SERVICIO	20-08-2023

PRECAUCIONES:

- ✓ Evite hacer contacto directo con el producto
- ✓ Si se contamina algún producto alimenticio destruirlo
- ✓ Ventilar adecuadamente cuando el técnico lo indique
- ✓ Realice disposición final de los vectores muertos.
- ✓ Cuide que ninguna persona o mascota entre en contacto con el producto

ANEXOS

Diagnóstico de plagas.

Protocolo del servicio.

Fichas técnicas de los productos aplicados por nuestros técnicos.

Concepto sanitario emitido por la secretaría de salud.

Para efectos de garantizar su autenticidad comunicarse con el pbx 9322905.

alexmenendez 79845465

INGENIERO: ALEXANDER MENDEZ FERNANDEZ

TP: 25228 – 378030 -

GERENTE OPERATIVO

Tel 9322905-3214646627

WWW.ICAASINGENIERIA.COM

Administrativo@icaasingenieria.com

Contacto: 321 464 6627 – 932 29 05

Dirección: Cra 20 # 71º -30 Bogotá D.C

Governmental Clemency has enabled the *Confederate* to sustain its
position while the *Confederate* has not.

Acta Número		SC070 003019
Acta de Inspección, Visita y Control de Inspección Estatal a Empresaria, de la Inspección General, Oficina de Inspección, documentación en Bienes		
ESE: SC070 003019		FECHA: 00/03/2019
Sociedad de Capital		FECHA: 00/03/2019
1. CÓDIGO DEL ESTABLECIMIENTO		
Número de la expedición		
10 Establecimiento	SC00002415	Número de carpeta:
Referencia:	SC00002415	Referencia:
Nombre del establecimiento:	SC00002415	Nombre del establecimiento:
NIT (NIT):	101072564	NIT (NIT):
Dirección:	10 71A 30	Dirección:
Unidad:	Almacén	Unidad:
Licencia:	SC00002415	Licencia:
Banco:	Colombia	Banco:
Centro Administrativo para la Inspección de Establecimientos de Comercio al por menor y Manutención de Bienes		
Nombre propietario:	Colombia, S.A.S.	Nombre propietario:
Tipo de documento:	CC	Tipo de documento:
Nombre representante legal:	Alvarado, Francisco	Nombre representante legal:
Tom de documento:	CC00002415	Tom de documento:
Dirección de realización:	K2 20 71A 30 of. 101.	Dirección de realización:
Identidad y dirección del establecimiento si Falso:	CC00002415	Identidad y dirección del establecimiento si Falso:
Línea de información:	Colombia, S.A.S.	Línea de información:
Nombre del representante legal:	Alvarado, Francisco	Nombre del representante legal:
Tom de documento:	CC00002415	Tom de documento:
Número de transparencia:	5	Número de transparencia:
Días de funcionamiento Lunes a viernes	00/03/2019	Días de funcionamiento Lunes a viernes
Vista 1:	01/03/2022	Vista 1:
Vista 2:	05/03/2022	Vista 2:
Vista 3:		Vista 3:
Vista 4:		Vista 4:
COPIA		
Fecha: AD CCN	2022	Fecha: AD CCN
X		
CONCEPTO		
MOTIVO DE LA VISITA		
Programación	10	Estado del interesado
		Número de expediente
		Nombre del interesado
		Número de identidad
		Solicitud de pláticas del proveedor

CODA

三

Q
X
S

LIBRARY

+ 500 ABOVE

111

ACCIÓN DE MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD

Constituent

del contenido en la presente acta, forman los sig.
D. Juan Boceta D. C.

TÍCÓ DA DOCUMENTO

Precautions and Form:

ପାତ୍ରମାନଙ୍କ ପାତ୍ରମାନଙ୍କ

Enacted into law _____

THE JOURNAL OF CLIMATE

ORDEN DE SERVICIO

No:

PECHA DE LA VISITA
20 02 2023
DIA MES AÑO

CLIENTE: SKO 439	CONTACTO: _____	CARGO: _____																																																																																
DIRECCION: _____	SUCURSAL: _____	EMAIL: _____																																																																																
ACTIVIDAD ECONÓMICA : <input type="checkbox"/> OFICINAS <input type="checkbox"/> CASA/APTO. <input type="checkbox"/> CENTRO COMERCIAL <input type="checkbox"/> CLUB <input type="checkbox"/> BODEGA <input type="checkbox"/> TEXTILES <input type="checkbox"/> CONJUNTO RESIDENCIAL <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ALIMENTOS <input type="checkbox"/> EDUCACIÓN <input type="checkbox"/> PRESTADORA DE SERVICIOS <input type="checkbox"/> SALUD <input type="checkbox"/> HOTEL <input type="checkbox"/> INDUSTRIAL <input type="checkbox"/> OTRO <input checked="" type="checkbox"/> CUAL: VEHICULO																																																																																		
1. INSPECCIÓN FÍSICO-SANITARIA DEL ESTABLECIMIENTO Y SU ENTORNO																																																																																		
1.1 ÁREAS EXTERNAS																																																																																		
<table border="1"> <tr> <td>1.1.1 LAS PUERTAS QUE DAN AL EXTERIOR TIENEN UNA ALZADA INFERIOR O MENOR DE 0.5 mm.</td> <td>SI <input type="checkbox"/></td> <td>NO <input type="checkbox"/></td> <td>NA <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1.1.2 LOS MARCOS DE LAS PUERTAS Y VENTANAS ESTAN EN BUEN ESTADO?</td> <td>SI <input type="checkbox"/></td> <td>NO <input type="checkbox"/></td> <td>NA <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1.1.3 LAS VENTANAS QUE VAN AL EXTERIOR CON ANGOS?</td> <td>SI <input type="checkbox"/></td> <td>NO <input type="checkbox"/></td> <td>NA <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1.1.4 PAREDES Y TECHOS QUE VAN HACIA EL EXTERIOR, LIBRES DE ROTOS?</td> <td>SI <input type="checkbox"/></td> <td>NO <input type="checkbox"/></td> <td>NA <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1.1.5 LAS CUBIERTAS SE ACOPLAN HERMÉTICAMENTE CON LOS Muros?</td> <td>SI <input type="checkbox"/></td> <td>NO <input type="checkbox"/></td> <td>NA <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1.1.6 TECHOS ADECUADOS Y LIMPIOS?</td> <td>SI <input type="checkbox"/></td> <td>NO <input type="checkbox"/></td> <td>NA <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1.1.7 ESTRUCTURAS ELIMINADAS LIBRES DE INGRESO Y ATRACCIÓN DE PLAGAS?</td> <td>SI <input type="checkbox"/></td> <td>NO <input type="checkbox"/></td> <td>NA <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1.1.8 ALREDEDORES LIBRES DE EMPOSAMIENTOS DE AGUA?</td> <td>SI <input type="checkbox"/></td> <td>NO <input type="checkbox"/></td> <td>NA <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1.1.9 ALREDEDORES LIBRES DE BASURA Y/O RESIDUOS?</td> <td>SI <input type="checkbox"/></td> <td>NO <input type="checkbox"/></td> <td>NA <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1.1.10 EXISTENCIA DE LOTES BALDOS O ZONAS VERDES?</td> <td>SI <input type="checkbox"/></td> <td>NO <input type="checkbox"/></td> <td>NA <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1.1.11 PRESENCIA DE ESCOBARIOS Y/O ABARROTAMIENTOS?</td> <td>SI <input type="checkbox"/></td> <td>NO <input type="checkbox"/></td> <td>NA <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>			1.1.1 LAS PUERTAS QUE DAN AL EXTERIOR TIENEN UNA ALZADA INFERIOR O MENOR DE 0.5 mm.	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>	1.1.2 LOS MARCOS DE LAS PUERTAS Y VENTANAS ESTAN EN BUEN ESTADO?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>	1.1.3 LAS VENTANAS QUE VAN AL EXTERIOR CON ANGOS?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>	1.1.4 PAREDES Y TECHOS QUE VAN HACIA EL EXTERIOR, LIBRES DE ROTOS?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>	1.1.5 LAS CUBIERTAS SE ACOPLAN HERMÉTICAMENTE CON LOS Muros?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>	1.1.6 TECHOS ADECUADOS Y LIMPIOS?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>	1.1.7 ESTRUCTURAS ELIMINADAS LIBRES DE INGRESO Y ATRACCIÓN DE PLAGAS?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>	1.1.8 ALREDEDORES LIBRES DE EMPOSAMIENTOS DE AGUA?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>	1.1.9 ALREDEDORES LIBRES DE BASURA Y/O RESIDUOS?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>	1.1.10 EXISTENCIA DE LOTES BALDOS O ZONAS VERDES?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>	1.1.11 PRESENCIA DE ESCOBARIOS Y/O ABARROTAMIENTOS?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>																																				
1.1.1 LAS PUERTAS QUE DAN AL EXTERIOR TIENEN UNA ALZADA INFERIOR O MENOR DE 0.5 mm.	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>																																																																															
1.1.2 LOS MARCOS DE LAS PUERTAS Y VENTANAS ESTAN EN BUEN ESTADO?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>																																																																															
1.1.3 LAS VENTANAS QUE VAN AL EXTERIOR CON ANGOS?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>																																																																															
1.1.4 PAREDES Y TECHOS QUE VAN HACIA EL EXTERIOR, LIBRES DE ROTOS?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>																																																																															
1.1.5 LAS CUBIERTAS SE ACOPLAN HERMÉTICAMENTE CON LOS Muros?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>																																																																															
1.1.6 TECHOS ADECUADOS Y LIMPIOS?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>																																																																															
1.1.7 ESTRUCTURAS ELIMINADAS LIBRES DE INGRESO Y ATRACCIÓN DE PLAGAS?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>																																																																															
1.1.8 ALREDEDORES LIBRES DE EMPOSAMIENTOS DE AGUA?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>																																																																															
1.1.9 ALREDEDORES LIBRES DE BASURA Y/O RESIDUOS?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>																																																																															
1.1.10 EXISTENCIA DE LOTES BALDOS O ZONAS VERDES?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>																																																																															
1.1.11 PRESENCIA DE ESCOBARIOS Y/O ABARROTAMIENTOS?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>																																																																															
1.2 ÁREAS INTERNAS																																																																																		
<table border="1"> <tr> <td>1.2.1 PAREDES INTERIORES LIBRES DE RANURAS</td> <td>SI <input type="checkbox"/></td> <td>NO <input type="checkbox"/></td> <td>NA <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1.2.2 ADECUADA LIMPIEZAS Y DESINFECCIÓN DE LOS ESPACIOS</td> <td>SI <input type="checkbox"/></td> <td>NO <input type="checkbox"/></td> <td>NA <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1.2.3 SIRENES Y/O BREVES CON REBULLAS AJUSTADAS</td> <td>SI <input type="checkbox"/></td> <td>NO <input type="checkbox"/></td> <td>NA <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1.2.4 CAÑECAZAS DE REBULLAS CON MATERIAL ADECUADO. TAPADAS Y LIMPIAS</td> <td>SI <input type="checkbox"/></td> <td>NO <input type="checkbox"/></td> <td>NA <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1.2.5 RESIDUOS SÓLIDOS RETIRADOS CON LA FRECUENCIA SUFFICIENTE</td> <td>SI <input type="checkbox"/></td> <td>NO <input type="checkbox"/></td> <td>NA <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1.2.6 ADECUADA CLASIFICACIÓN DE RESIDUOS</td> <td>SI <input type="checkbox"/></td> <td>NO <input type="checkbox"/></td> <td>NA <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1.2.7 EQUIPOS Y UTENSILIOS LIMPIOS Y SIN GRASA</td> <td>SI <input type="checkbox"/></td> <td>NO <input type="checkbox"/></td> <td>NA <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1.2.8 EQUIPOS INSTALADOS A DISTANCIAS ADECUADAS DE LAS PAREDES</td> <td>SI <input type="checkbox"/></td> <td>NO <input type="checkbox"/></td> <td>NA <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1.2.9 PAREDES Y PISOS QUE FACILITAN LA LIMPIEZA</td> <td>SI <input type="checkbox"/></td> <td>NO <input type="checkbox"/></td> <td>NA <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1.2.10 EQUIPOS Y ELECTRODOMÉSTICOS CON RODAJCHINES O FÁCILES DE MOVER</td> <td>SI <input type="checkbox"/></td> <td>NO <input type="checkbox"/></td> <td>NA <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1.2.11 TRAMPAS DE GRASA LIBRAS</td> <td>SI <input type="checkbox"/></td> <td>NO <input type="checkbox"/></td> <td>NA <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1.2.12 LUGAR ADECUADO Y LIMPIO PARA IMPLEMENTOS DE ASEO</td> <td>SI <input type="checkbox"/></td> <td>NO <input type="checkbox"/></td> <td>NA <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1.2.13 ALMACENAMIENTO DE ESTIBAS</td> <td>SI <input type="checkbox"/></td> <td>NO <input type="checkbox"/></td> <td>NA <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1.2.14 MANTENIMIENTO DE ESPACIOS LUERTOS</td> <td>SI <input type="checkbox"/></td> <td>NO <input type="checkbox"/></td> <td>NA <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1.2.15 PAREDES Y PISOS EMBOCUILLADOS Y LIMPIAS</td> <td>SI <input type="checkbox"/></td> <td>NO <input type="checkbox"/></td> <td>NA <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1.2.16 TODAS LAS ZONAS ELECTRICAS TIENEN TAPAS EN BUEN ESTADO Y AJUSTADAS</td> <td>SI <input type="checkbox"/></td> <td>NO <input type="checkbox"/></td> <td>NA <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1.2.17 LA SALIDA DE PUNTOS HIDRÁULICOS TIENEN TAPAS O BALDOSAS PARTIDAS</td> <td>SI <input type="checkbox"/></td> <td>NO <input type="checkbox"/></td> <td>NA <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1.2.18 BUEN MANTENIMIENTO DE SISTEMAS DE CÁMARAS DE SEGURIDAD</td> <td>SI <input type="checkbox"/></td> <td>NO <input type="checkbox"/></td> <td>NA <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1.2.19 TODAS LAS ZONAS ESTAN LIBRES DE HUMEDAD</td> <td>SI <input type="checkbox"/></td> <td>NO <input type="checkbox"/></td> <td>NA <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1.2.20 MATERIAS PRIMAS TAPADAS, PROTEGIDAS Y ORDENADAS</td> <td>SI <input type="checkbox"/></td> <td>NO <input type="checkbox"/></td> <td>NA <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>			1.2.1 PAREDES INTERIORES LIBRES DE RANURAS	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>	1.2.2 ADECUADA LIMPIEZAS Y DESINFECCIÓN DE LOS ESPACIOS	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>	1.2.3 SIRENES Y/O BREVES CON REBULLAS AJUSTADAS	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>	1.2.4 CAÑECAZAS DE REBULLAS CON MATERIAL ADECUADO. TAPADAS Y LIMPIAS	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>	1.2.5 RESIDUOS SÓLIDOS RETIRADOS CON LA FRECUENCIA SUFFICIENTE	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>	1.2.6 ADECUADA CLASIFICACIÓN DE RESIDUOS	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>	1.2.7 EQUIPOS Y UTENSILIOS LIMPIOS Y SIN GRASA	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>	1.2.8 EQUIPOS INSTALADOS A DISTANCIAS ADECUADAS DE LAS PAREDES	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>	1.2.9 PAREDES Y PISOS QUE FACILITAN LA LIMPIEZA	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>	1.2.10 EQUIPOS Y ELECTRODOMÉSTICOS CON RODAJCHINES O FÁCILES DE MOVER	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>	1.2.11 TRAMPAS DE GRASA LIBRAS	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>	1.2.12 LUGAR ADECUADO Y LIMPIO PARA IMPLEMENTOS DE ASEO	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>	1.2.13 ALMACENAMIENTO DE ESTIBAS	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>	1.2.14 MANTENIMIENTO DE ESPACIOS LUERTOS	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>	1.2.15 PAREDES Y PISOS EMBOCUILLADOS Y LIMPIAS	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>	1.2.16 TODAS LAS ZONAS ELECTRICAS TIENEN TAPAS EN BUEN ESTADO Y AJUSTADAS	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>	1.2.17 LA SALIDA DE PUNTOS HIDRÁULICOS TIENEN TAPAS O BALDOSAS PARTIDAS	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>	1.2.18 BUEN MANTENIMIENTO DE SISTEMAS DE CÁMARAS DE SEGURIDAD	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>	1.2.19 TODAS LAS ZONAS ESTAN LIBRES DE HUMEDAD	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>	1.2.20 MATERIAS PRIMAS TAPADAS, PROTEGIDAS Y ORDENADAS	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>
1.2.1 PAREDES INTERIORES LIBRES DE RANURAS	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>																																																																															
1.2.2 ADECUADA LIMPIEZAS Y DESINFECCIÓN DE LOS ESPACIOS	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>																																																																															
1.2.3 SIRENES Y/O BREVES CON REBULLAS AJUSTADAS	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>																																																																															
1.2.4 CAÑECAZAS DE REBULLAS CON MATERIAL ADECUADO. TAPADAS Y LIMPIAS	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>																																																																															
1.2.5 RESIDUOS SÓLIDOS RETIRADOS CON LA FRECUENCIA SUFFICIENTE	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>																																																																															
1.2.6 ADECUADA CLASIFICACIÓN DE RESIDUOS	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>																																																																															
1.2.7 EQUIPOS Y UTENSILIOS LIMPIOS Y SIN GRASA	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>																																																																															
1.2.8 EQUIPOS INSTALADOS A DISTANCIAS ADECUADAS DE LAS PAREDES	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>																																																																															
1.2.9 PAREDES Y PISOS QUE FACILITAN LA LIMPIEZA	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>																																																																															
1.2.10 EQUIPOS Y ELECTRODOMÉSTICOS CON RODAJCHINES O FÁCILES DE MOVER	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>																																																																															
1.2.11 TRAMPAS DE GRASA LIBRAS	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>																																																																															
1.2.12 LUGAR ADECUADO Y LIMPIO PARA IMPLEMENTOS DE ASEO	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>																																																																															
1.2.13 ALMACENAMIENTO DE ESTIBAS	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>																																																																															
1.2.14 MANTENIMIENTO DE ESPACIOS LUERTOS	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>																																																																															
1.2.15 PAREDES Y PISOS EMBOCUILLADOS Y LIMPIAS	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>																																																																															
1.2.16 TODAS LAS ZONAS ELECTRICAS TIENEN TAPAS EN BUEN ESTADO Y AJUSTADAS	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>																																																																															
1.2.17 LA SALIDA DE PUNTOS HIDRÁULICOS TIENEN TAPAS O BALDOSAS PARTIDAS	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>																																																																															
1.2.18 BUEN MANTENIMIENTO DE SISTEMAS DE CÁMARAS DE SEGURIDAD	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>																																																																															
1.2.19 TODAS LAS ZONAS ESTAN LIBRES DE HUMEDAD	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>																																																																															
1.2.20 MATERIAS PRIMAS TAPADAS, PROTEGIDAS Y ORDENADAS	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>																																																																															
2. PRESENCIA DE PLAGAS																																																																																		
<table border="1"> <tr> <td>2.1 SE EVIDENCIÓ PRESENCIA DE PLAGAS <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> CUALES: _____</td> </tr> </table>			2.1 SE EVIDENCIÓ PRESENCIA DE PLAGAS <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> CUALES: _____																																																																															
2.1 SE EVIDENCIÓ PRESENCIA DE PLAGAS <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> CUALES: _____																																																																																		
3. MONITOREO Y SEGURIDAD																																																																																		
<table border="1"> <tr> <td>3.1 RODORES</td> <td>SI <input type="checkbox"/></td> <td>NO <input type="checkbox"/></td> <td>NA <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>3.1.1 JAUJA <input type="checkbox"/> CANT: _____</td> <td>SI <input type="checkbox"/></td> <td>NO <input type="checkbox"/></td> <td>NA <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>3.1.2 ESTACIÓN <input type="checkbox"/> CANT: _____</td> <td>SI <input type="checkbox"/></td> <td>NO <input type="checkbox"/></td> <td>NA <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>3.1.2.1 CAJAS <input type="checkbox"/> CANT: _____</td> <td>SI <input type="checkbox"/></td> <td>NO <input type="checkbox"/></td> <td>NA <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>3.1.2.2 TUBOS <input type="checkbox"/> CANT: _____</td> <td>SI <input type="checkbox"/></td> <td>NO <input type="checkbox"/></td> <td>NA <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>3.1.2.3 BINOMOS <input type="checkbox"/> CANT: _____</td> <td>SI <input type="checkbox"/></td> <td>NO <input type="checkbox"/></td> <td>NA <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>3.1.2.4 COMPLEMENTOS <input type="checkbox"/> CANT: _____</td> <td>SI <input type="checkbox"/></td> <td>NO <input type="checkbox"/></td> <td>NA <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>3.1.2.5 TRAMPAS ADHESIVAS <input type="checkbox"/> CANT: _____</td> <td>SI <input type="checkbox"/></td> <td>NO <input type="checkbox"/></td> <td>NA <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>3.1.2.6 CEBOS <input type="checkbox"/> CANT: _____</td> <td>SI <input type="checkbox"/></td> <td>NO <input type="checkbox"/></td> <td>NA <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>3.2 DOSIFICACIÓN</td> <td>SI <input type="checkbox"/></td> <td>NO <input type="checkbox"/></td> <td>NA <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>3.3 DESINFECCIÓN</td> <td>SI <input type="checkbox"/></td> <td>NO <input type="checkbox"/></td> <td>NA <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>3.4 ASPIRACIÓN <input checked="" type="checkbox"/> NEBULIZACIÓN <input type="checkbox"/></td> <td>SI <input type="checkbox"/></td> <td>NO <input type="checkbox"/></td> <td>NA <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>3.5 TERMOIGRADIACIÓN <input type="checkbox"/></td> <td>SI <input type="checkbox"/></td> <td>NO <input type="checkbox"/></td> <td>NA <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>3.6 DESPOLVOREO <input type="checkbox"/> GEI <input type="checkbox"/> INOMP <input type="checkbox"/></td> <td>SI <input type="checkbox"/></td> <td>NO <input type="checkbox"/></td> <td>NA <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>3.7 OTRO <input type="checkbox"/> Cual: _____</td> <td>SI <input type="checkbox"/></td> <td>NO <input type="checkbox"/></td> <td>NA <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>			3.1 RODORES	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>	3.1.1 JAUJA <input type="checkbox"/> CANT: _____	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>	3.1.2 ESTACIÓN <input type="checkbox"/> CANT: _____	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>	3.1.2.1 CAJAS <input type="checkbox"/> CANT: _____	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>	3.1.2.2 TUBOS <input type="checkbox"/> CANT: _____	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>	3.1.2.3 BINOMOS <input type="checkbox"/> CANT: _____	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>	3.1.2.4 COMPLEMENTOS <input type="checkbox"/> CANT: _____	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>	3.1.2.5 TRAMPAS ADHESIVAS <input type="checkbox"/> CANT: _____	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>	3.1.2.6 CEBOS <input type="checkbox"/> CANT: _____	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>	3.2 DOSIFICACIÓN	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>	3.3 DESINFECCIÓN	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>	3.4 ASPIRACIÓN <input checked="" type="checkbox"/> NEBULIZACIÓN <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>	3.5 TERMOIGRADIACIÓN <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>	3.6 DESPOLVOREO <input type="checkbox"/> GEI <input type="checkbox"/> INOMP <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>	3.7 OTRO <input type="checkbox"/> Cual: _____	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>																				
3.1 RODORES	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>																																																																															
3.1.1 JAUJA <input type="checkbox"/> CANT: _____	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>																																																																															
3.1.2 ESTACIÓN <input type="checkbox"/> CANT: _____	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>																																																																															
3.1.2.1 CAJAS <input type="checkbox"/> CANT: _____	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>																																																																															
3.1.2.2 TUBOS <input type="checkbox"/> CANT: _____	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>																																																																															
3.1.2.3 BINOMOS <input type="checkbox"/> CANT: _____	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>																																																																															
3.1.2.4 COMPLEMENTOS <input type="checkbox"/> CANT: _____	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>																																																																															
3.1.2.5 TRAMPAS ADHESIVAS <input type="checkbox"/> CANT: _____	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>																																																																															
3.1.2.6 CEBOS <input type="checkbox"/> CANT: _____	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>																																																																															
3.2 DOSIFICACIÓN	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>																																																																															
3.3 DESINFECCIÓN	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>																																																																															
3.4 ASPIRACIÓN <input checked="" type="checkbox"/> NEBULIZACIÓN <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>																																																																															
3.5 TERMOIGRADIACIÓN <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>																																																																															
3.6 DESPOLVOREO <input type="checkbox"/> GEI <input type="checkbox"/> INOMP <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>																																																																															
3.7 OTRO <input type="checkbox"/> Cual: _____	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>																																																																															
4. TIPOS DE CONTROL A LLEVAR A CABO																																																																																		
<table border="1"> <tr> <td>4.1 CULTURAL <input type="checkbox"/> FISICO <input type="checkbox"/></td> <td>4.2 MECANICO <input type="checkbox"/> BIOLOGICO <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>4.3 QUÍMICO <input checked="" type="checkbox"/></td> <td>4.4 BIENESTAR <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>4.5 SEMANAL <input type="checkbox"/></td> <td>4.6 QUINCENAL <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>4.7 MENSUAL <input type="checkbox"/></td> <td>4.8 BIENANUAL <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>4.9 TRIMESTRAL <input type="checkbox"/></td> <td>4.10 ANUAL <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>4.11 SEMESTRAL <input type="checkbox"/></td> <td>4.12 FESTIVAS <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>4.13 ANUAL <input type="checkbox"/></td> <td>4.14 FECHA DEL PRÓXIMO SERVICIO: 20/03/23</td> </tr> <tr> <td>4.15 DIA <input type="checkbox"/></td> <td>4.16 MES <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>4.17 AÑO <input type="checkbox"/></td> <td>4.18 CANT: 23</td> </tr> </table>			4.1 CULTURAL <input type="checkbox"/> FISICO <input type="checkbox"/>	4.2 MECANICO <input type="checkbox"/> BIOLOGICO <input type="checkbox"/>	4.3 QUÍMICO <input checked="" type="checkbox"/>	4.4 BIENESTAR <input type="checkbox"/>	4.5 SEMANAL <input type="checkbox"/>	4.6 QUINCENAL <input type="checkbox"/>	4.7 MENSUAL <input type="checkbox"/>	4.8 BIENANUAL <input type="checkbox"/>	4.9 TRIMESTRAL <input type="checkbox"/>	4.10 ANUAL <input type="checkbox"/>	4.11 SEMESTRAL <input type="checkbox"/>	4.12 FESTIVAS <input type="checkbox"/>	4.13 ANUAL <input type="checkbox"/>	4.14 FECHA DEL PRÓXIMO SERVICIO: 20/03/23	4.15 DIA <input type="checkbox"/>	4.16 MES <input type="checkbox"/>	4.17 AÑO <input type="checkbox"/>	4.18 CANT: 23																																																														
4.1 CULTURAL <input type="checkbox"/> FISICO <input type="checkbox"/>	4.2 MECANICO <input type="checkbox"/> BIOLOGICO <input type="checkbox"/>																																																																																	
4.3 QUÍMICO <input checked="" type="checkbox"/>	4.4 BIENESTAR <input type="checkbox"/>																																																																																	
4.5 SEMANAL <input type="checkbox"/>	4.6 QUINCENAL <input type="checkbox"/>																																																																																	
4.7 MENSUAL <input type="checkbox"/>	4.8 BIENANUAL <input type="checkbox"/>																																																																																	
4.9 TRIMESTRAL <input type="checkbox"/>	4.10 ANUAL <input type="checkbox"/>																																																																																	
4.11 SEMESTRAL <input type="checkbox"/>	4.12 FESTIVAS <input type="checkbox"/>																																																																																	
4.13 ANUAL <input type="checkbox"/>	4.14 FECHA DEL PRÓXIMO SERVICIO: 20/03/23																																																																																	
4.15 DIA <input type="checkbox"/>	4.16 MES <input type="checkbox"/>																																																																																	
4.17 AÑO <input type="checkbox"/>	4.18 CANT: 23																																																																																	
5. TIPO DE APLICACIÓN A LLEVAR A CABO																																																																																		
<table border="1"> <tr> <td>5.1 DESINFECCIÓN <input checked="" type="checkbox"/></td> <td>5.2 DESINSECTACIÓN <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>5.3 ASPIRACIÓN <input checked="" type="checkbox"/></td> <td>5.4 NEBULIZACIÓN <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>5.5 DESPOLVOREO <input type="checkbox"/></td> <td>5.6 TERMOIGRADIACIÓN <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>5.7 GEI <input type="checkbox"/></td> <td>5.8 INOMP <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>5.9 OTRO <input type="checkbox"/></td> <td>5.10 Cual: _____</td> </tr> </table>			5.1 DESINFECCIÓN <input checked="" type="checkbox"/>	5.2 DESINSECTACIÓN <input type="checkbox"/>	5.3 ASPIRACIÓN <input checked="" type="checkbox"/>	5.4 NEBULIZACIÓN <input type="checkbox"/>	5.5 DESPOLVOREO <input type="checkbox"/>	5.6 TERMOIGRADIACIÓN <input type="checkbox"/>	5.7 GEI <input type="checkbox"/>	5.8 INOMP <input type="checkbox"/>	5.9 OTRO <input type="checkbox"/>	5.10 Cual: _____																																																																						
5.1 DESINFECCIÓN <input checked="" type="checkbox"/>	5.2 DESINSECTACIÓN <input type="checkbox"/>																																																																																	
5.3 ASPIRACIÓN <input checked="" type="checkbox"/>	5.4 NEBULIZACIÓN <input type="checkbox"/>																																																																																	
5.5 DESPOLVOREO <input type="checkbox"/>	5.6 TERMOIGRADIACIÓN <input type="checkbox"/>																																																																																	
5.7 GEI <input type="checkbox"/>	5.8 INOMP <input type="checkbox"/>																																																																																	
5.9 OTRO <input type="checkbox"/>	5.10 Cual: _____																																																																																	
6. FRECUENCIA DEL SERVICIO																																																																																		
<table border="1"> <tr> <td>6.1 SEMANAL <input type="checkbox"/></td> <td>6.2 QUINCENAL <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>6.3 MENSUAL <input type="checkbox"/></td> <td>6.4 BIENANUAL <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>6.5 TRIMESTRAL <input type="checkbox"/></td> <td>6.6 ANUAL <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>6.7 SEMESTRAL <input type="checkbox"/></td> <td>6.8 FESTIVAS <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>6.9 DIA <input type="checkbox"/></td> <td>6.10 MES <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>6.11 AÑO <input type="checkbox"/></td> <td>6.12 CANT: 23</td> </tr> </table>			6.1 SEMANAL <input type="checkbox"/>	6.2 QUINCENAL <input type="checkbox"/>	6.3 MENSUAL <input type="checkbox"/>	6.4 BIENANUAL <input type="checkbox"/>	6.5 TRIMESTRAL <input type="checkbox"/>	6.6 ANUAL <input type="checkbox"/>	6.7 SEMESTRAL <input type="checkbox"/>	6.8 FESTIVAS <input type="checkbox"/>	6.9 DIA <input type="checkbox"/>	6.10 MES <input type="checkbox"/>	6.11 AÑO <input type="checkbox"/>	6.12 CANT: 23																																																																				
6.1 SEMANAL <input type="checkbox"/>	6.2 QUINCENAL <input type="checkbox"/>																																																																																	
6.3 MENSUAL <input type="checkbox"/>	6.4 BIENANUAL <input type="checkbox"/>																																																																																	
6.5 TRIMESTRAL <input type="checkbox"/>	6.6 ANUAL <input type="checkbox"/>																																																																																	
6.7 SEMESTRAL <input type="checkbox"/>	6.8 FESTIVAS <input type="checkbox"/>																																																																																	
6.9 DIA <input type="checkbox"/>	6.10 MES <input type="checkbox"/>																																																																																	
6.11 AÑO <input type="checkbox"/>	6.12 CANT: 23																																																																																	
7. OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES																																																																																		
<table border="1"> <tr> <td>7.1 10. NOMBRE QUIEN REALIZA LA VISITA: ALEXANDER MENDEZ</td> <td>11. RECIBIDA CONFORMIDAD: _____</td> </tr> <tr> <td>7.2 NOMBRE: ALEXANDER MENDEZ</td> <td>7.3 DOCUMENTO: _____</td> </tr> <tr> <td>7.4 CARGO: _____</td> <td>7.5 FIRMA: _____</td> </tr> </table>			7.1 10. NOMBRE QUIEN REALIZA LA VISITA: ALEXANDER MENDEZ	11. RECIBIDA CONFORMIDAD: _____	7.2 NOMBRE: ALEXANDER MENDEZ	7.3 DOCUMENTO: _____	7.4 CARGO: _____	7.5 FIRMA: _____																																																																										
7.1 10. NOMBRE QUIEN REALIZA LA VISITA: ALEXANDER MENDEZ	11. RECIBIDA CONFORMIDAD: _____																																																																																	
7.2 NOMBRE: ALEXANDER MENDEZ	7.3 DOCUMENTO: _____																																																																																	
7.4 CARGO: _____	7.5 FIRMA: _____																																																																																	



cerca de alimentos o medicamentos. Manéjese con cuidado para evitar derrames, si ello ocurre cúbralo con algún material absorbente y luego elimínelo según la legislación vigente.

MANEJO DE INTOXICACIONES:

Síntomas de intoxicación:

De ocurrir algún malestar o algún signo de intoxicación durante la aplicación, el operario debe suspender inmediatamente su trabajo y recibir atención médica.

De presentarse un mal uso del producto o a descuidos en la aplicación, se pueden presentar síntomas de intoxicación no específicos tales como: náuseas, vómitos, calambres abdominales, diarrea, irritación cutánea, irritación ocular y dificultad respiratoria. Frente a estos signos, acudir a atención médica inmediata y mostrar la etiqueta del producto.

Primeros Auxilios:

- En caso de ingestión: No provoque el vómito, ya que este producto posee solventes que pueden irritar las vías digestivas. Dé carbón activado y diríjase a un centro asistencial, procurando llevar la etiqueta de este producto.
- En caso de contacto con la piel: Retire la ropa contaminada y lave la zona afectada con agua y jabón, procurando un buen lavado. Este producto puede generar reacciones alérgicas.
- En caso de contacto con los ojos: lave con abundante agua fría por al menos 15 minutos. En caso de persistir las molestias, acuda a un médico.
- En caso de inhalación: saque a la persona afectada al aire libre.

ANTÍDOTO: No se conoce antídoto específico. Tratamiento sintomático bajo supervisión médica

- Tiempo de reingreso: 2 horas después de la aplicación.
- HAWKER 25 EC® disponible en presentaciones de frasco x 50 cc y frasco x 1 L
- Efectúe triple lavado a los envases y dispóngalos según la legislación local vigente.
- Para proceso de posconsumo de envases, contactar a **Colecta**, Tel.: +57(1) 7043399 - 6467446 - Calle 100 8A-55 – Torre C – Of.1005 Bogotá D.C. www.colecta.org
- Emergencias: **CISPROQUIM**: Línea Nacional: 018000 916012 - Tel. Bogotá: 2886012

Importado y Distribuido por:

Anasac Colombia Ltda - Sanidad Ambiental

Km 3,5 vía Bogotá – Siberia, Centro Empresarial Metropolitano, Modulo 2, Bodega 40

Tels: PBX (57) (1) 821 90 39.

www.anasac.com.co

Cota - Cundinamarca - Colombia

Formulado por:

AGRÍCOLA NACIONAL S.A.C. e I. (ANASAC)

Camino Noviciado norte, lote 73-B Lampa, Chile

Tel: +562-24706800 – Fax: +562-24869100

www.anasac.cl

> El presente documento, anula versiones anteriores.

Abril de 2016

FICHA TÉCNICA



FICHA TÉCNICA

HAWKER 25EC®

Insecticida Piretroide

Concentrado Emulsionable (EC)

Registro para uso en Salud Pública: RGSP 0231-2004

Registro ICA: 9700-MV

Registro INVIMA: 2012V- 0005053

Concepto Toxicológico: MP-13384-03

MP-14385-2011

MP-14429-2011

Titular del Registro: ANASAC COLOMBIA LTDA

COMPOSICIÓN GARANTIZADA:

Tipo: Insecticida

Ingrediente activo: Cipermetrina

Grupo Químico: Piretroide

Concentración: 25%

Modo de acción: Por contacto e ingestión.

Categoría toxicológica: Cat. III

Fórmula:

Cada Litro de producto contiene:

Cipermetrina..... 250 g

Excipientes c.s.p. 1 L

PRINCIPALES CARACTERISTICAS:

HAWKER 25 EC® es un insecticida piretroide de alta eficacia y largo efecto residual en el control de todo tipo de insectos de importancia en salud pública e industrial y a la vez, de muy baja toxicidad para el ser humano, animales de sangre caliente y medio ambiente.

Debido a su formulación es especialmente recomendado para el control de insectos rastreados y voladores, presentando alta eficacia en el control, con prolongada permanencia en todo tipo de superficies.

Por sus características de amplio uso, para ambientes en general, puede ser utilizado en explotaciones pecuarias, plantas agroindustriales, instalaciones de industrias alimenticias, bodegas, zonas turísticas, salud pública y domésticas en general.

BENEFICIOS:

Efectivo insecticida de efecto residual que:

- HAWKER 25 EC® posee un notable efecto expulsivo y de volteo.

Abril de 2016

FICHA TÉCNICA

LEONARDO RIOS PULIDO

De: Info Quala <info@atencionalclientequala.com>
Enviado el: martes, 14 de febrero de 2023 4:47 p. m.
Para: ERIK ANDREY CAMARGO TUIRAN; LEONARDO RIOS PULIDO; SERVICIO ATENCION AL
CLIENTE
Asunto: Caso # 14022023-18480 - Reclamos Aldemar Castellanos - Confiabilidad del Pedido



Hola.

Desde el Servicio de Atención al Cliente le ha sido asignado el Caso # **14022023-18480** registrado el 14/02/2023. Recuerde enviar su gestión como respuesta a este mismo correo, cuenta con 10 días hábiles a partir de la fecha de asignación.

Agente que registró el caso: Laura Melisa Carmona Patiño

INFORMACIÓN DEL CASO

Causal General 1: Reclamos

Causal General 2: Confiabilidad del Pedido

Subcausal 1: Pedido con Unidades Faltantes de Unidades Externas
(Pedido Incompleto)

DETALLE DEL CASO

3125332003: Se comunica el señor Aldemar Castellanos Moreno informando que el día de hoy 14/02/2023 recibió un pedido el cual le llegó incompleto, le hizo falta 9 Bolsas * 60 sobres c/u del producto Ricostilla Desmenuzado Ref/ 19351406 - N° Factura 06566746.

DATOS DEL CONTACTO

Tipo: Cliente

Nombre: Aldemar Castellanos

Número Identificación: CC: 79670323

Celular: 3125332003



EPS

EPS SURA

EPS SURA

EPS SURA



SURA

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado **EPS SURA**

CERTIFICA

Que **NELSON ARMANDO MONTAÑO REY** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **80129887** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN

CC 80129887

NOMBRES Y APELLIDOS

NELSON ARMANDO MONTAÑO REY

TIPO DE AFILIADO

TITULAR

PARENTESCO

TITULAR

ESTADO DE AFILIACIÓN

TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL

CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN

COBERTURA INTEGRAL

FECHA DE INGRESO A EPS SURA

20/01/2023

FECHA RETIRO EPS SURA

ACTIVO(A)

SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA

411

SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO

51

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES

Fecha de generación: 23/02/2023

**ESTE DOCUMENTO NO ES VÁLIDO PARA LA PRESTACIÓN
DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS**

EPS SURAMERICANA S.A

Medellín, Antioquia, Colombia. Líneas de atención: Barranquilla: 605 319 7901, Cali: 602 380 8941,

Medellín: 604 448 6115, Bogotá: 601 448 7941

Línea Nacional: 01 8000 519 519

epssura.com