

Proprietario

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **91.153.390**

**SOLANO BECERRA**

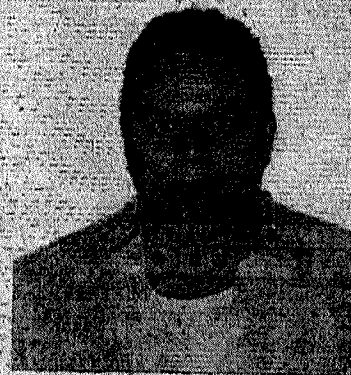
APELLIDOS

**ANGELMIRO**

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **15-NOV-1966**

**BARICHARA**  
(SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

**1.60**

ESTATURA

**B+**

G.S. RH

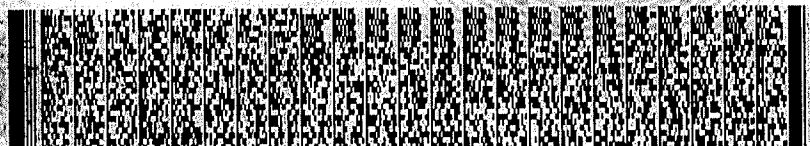
**M**

SEXO

**17-DIC-1984 FLORIDABLANCA**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

*Carlos Ariel Sanchez Torres*  
REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

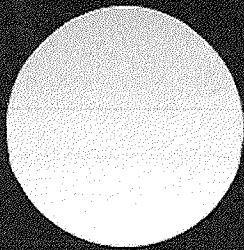


A-1500150-00241297-M-0091153390-20100615

0022206788A 1

1340707121





solanotransportenacional@gmail.com



3506091588



CARRERA 72 D No 57A-95 SUR,  
Bogotá, D.C.



29/11/1993



colombiano



CC : 1022389840



Casado

## FORMACIÓN

ingeniería mecánica  
**universidad ecci, bogotá,**  
d.c.,marzo 2014- En curso

INSTALADOR DE SONIDO  
AUTOMOTRIZ : ELECTRICIDAD  
AUTOMOTRIZ  
**IASCA, Bogotá, D.C.,marzo**  
2013 - diciembre 2013

MANEJO DE ADOBE  
ILUSTRATOR : SISTEMA  
**SENA, Bogotá, D.C.,Mayo 2015**  
- Mayo 2015

BACHILLER ACADÉMICO  
**IED CARLOS ARANGO VELEZ,**  
Bogotá, DC,marzo 2010 -  
diciembre 2010

SEPTIMO-DECIMO GRADO :  
SECUNDARIA  
**IED MARCO FIDEL SUÁREZ**  
Marzo 2006 - Diciembre 2009

# MARIO FABIAN SOLANO GUARGUATI

## RESUMEN PROFESIONAL

Chofer repartidor con capacidad de entrega rápida y segura a los clientes. En mi experiencia destaca el cumplimiento de las rutas aplicadas, la gestión de imprevistos y el mantenimiento del vehículo a carga. Quisiera una oportunidad en un negocio que valore la dedicación y la profesionalidad.

## HISTORIA LABORAL

Marzo 2023 - Julio 2023

**cceneca comercial - Conductor repartidor, Bogotá, DC**

- Reparto de los productos a diferentes puntos siguiendo las indicaciones del cliente.
- Planificación eficiente de los repartos, buscando las rutas más directas y optimizando el tiempo.
- Conducción responsable del vehículo, cumpliendo con las normativas viales.
- Comprobación del estado de los productos y organización de los paquetes en el vehículo.
- Uso de aplicaciones de telefonía móvil para gestionar la entrega de pedidos.
- Gestión de las devoluciones de paquetes y registro de la documentación pertinente.

Mayo 2022 - Diciembre 2022

**ccestan plus - Conductor repartidor, Bogotá, DC**

- Carga cuidadosa y ordenada de mercancías en el vehículo para su entrega.
- Gestión de la documentación de entregas, rutas realizadas e incidencias.
- Planificación de los viajes para cumplir con los plazos establecidos.
- Gestión de las devoluciones de paquetes y registro de la documentación pertinente.
- Conducción responsable, siguiendo las normativas vigentes y cuidando la integridad de la carga.
- Uso de aplicaciones de telefonía móvil para gestionar la entrega de pedidos.
- Planificación eficiente de los repartos, buscando las rutas más directas y optimizando el tiempo.
- Reparto de los productos a diferentes puntos siguiendo las indicaciones del cliente.

## APTITUDES

- |                                |  |
|--------------------------------|--|
| • flexibilidad horaria         | • puntualidad                          |
| • inspección de mercancía      | • transporte de mercancías             |
| • proactividad                 | • Permiso de conducir vehículos [Tipo] |
| • conducción segura            | • perfil colaborativo                  |
| • buena presencia y amabilidad | • Mantenimiento del vehículo           |
| • Nociones de mecánica         | • responsabilidad al volante           |





HIGIENE Y SALUD

## CERTIFICACIÓN CARNET

Decreto 3075 de 1997  
Participo en el curso de manipulación  
de alimentos con una intensidad de 6 horas



El Señor (a): MARIO FABIAN SOLANO

Identificación: 1.022.389.840

Fecha de Expedición: Día 24 Mes 07 Año 2023

Fecha de Vencimiento: Día 24 Mes 07 Año 2024

Carrera 72I No. 37 - 09 Sur

Esta certificación es personal e intrasferible, no es valida  
como documento de identidad ni en fotocopia o con  
enmendadura.

FIRMA Y SELLO

CESAR AUGUSTO RAMÍREZ L.  
Ingeniero de Alimentos

Según la resolución Número 2614 de 2013 Decreto 3075

Secretaría de Salud

E-mail: higieneysalud@hotmail.com



# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

# Salud Total EPS-S

No de Radicación

4009114570

Fecha de Radicación

20/10/2022

## 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 de afiliación A. Individual <input checked="" type="checkbox"/> B. Colectiva <input type="checkbox"/>		3. Régimen A. Individual: - Cotizante Cabeza de familia <input checked="" type="checkbox"/> - Beneficiario afiliado adicional <input type="checkbox"/> B. De oficio <input type="checkbox"/> / 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"/>		6. Código (a registrar por la EPS) <input type="text" value="1"/>	

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

6. Apellidos y nombres SOLANO Primer apellido		GUARGUATI Segundo apellido		MARIO Primer nombre		FABIAN Segundo nombre	
7. Tipo documento de Identidad <input type="text" value="CC"/>		8. Número del documento de Identidad 1022389840		9. Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>		10. Fecha de nacimiento 20/10/1993	

## III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia <input type="text" value="6"/>		12. Discapacidad Tipo <input type="text" value="ENM"/> Condición <input type="text" value="TIP"/>		13. Puntaje SISBEN <input type="text" value=""/>		14. Grupo de población especial <input type="text" value=""/>	
15. Administradora de riesgos Laborales - ARL POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS		16. Administradora de Pensiones PORVENIR FPC		17. Ingreso base de cotización - IBC 1000000			
18. Residencia CR 7 B 15 13 Dirección		3506091588 Teléfono fijo		3506091588 Teléfono celular		SOLANOTRANSPORTENACIONAL@GMAIL.COM Correo electrónico	
BOGOTA Municipio/Distrito		zona Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>		Localidad / comuna BOGOTA		Departamento	

## 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		21. Número documento identidad		22. Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		23. Fecha de nacimiento	

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

24. Apellidos y nombres			
Primer apellido		Segundo apellido	
Primer nombre		Segundo nombre	
25. Tipo documento de Identidad		26. Número de Identidad	
27. Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		28. Fecha de nacimiento	

Datos complementarios

29. Parentesco		30. Etnia		31. Discapacidad Tipo <input type="text" value="N"/> Condición <input type="text" value=""/>	
32. Datos de residencia Municipio/Distrito		Zona Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>		Departamento	
Teléfono Fijo y/o celular		33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)			

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS VS OLAYA - UOD DENTOLASER OLAYA		Código de la IPS (a registrar por la EPS) VSOLAYA - DENTOLAYA	
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		36. Tipo de identificación <input type="text" value=""/>		37. Número de documento de Identificación		38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS) 01	
39. Ubicación Dirección		Teléfono		Correo electrónico		Municipio/distrito	
						Departamento	



## 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		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre	
Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento		42. Fecha		
<input type="checkbox"/>		Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>			01/11/2012		
43. EPS anterior		44. Motivo de traslado Código: <input type="checkbox"/>		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="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
70. Datos funcionario que realiza la validación							
Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre	
Tipo documento de identidad		Número documento de identidad		71. Firma del funcionario			
<input type="checkbox"/>							
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.





**CERTIFICADO DE AFILIACIÓN**

**POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.**

**HACE CONSTAR QUE:**

Verificada la base de datos de afiliación en el ramo de Riesgos Laborales de **POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.**, se identificó que **MARIO FABIAN SOLANO GUARGUATI** con CC No. **1022389840**, registra afiliación en nuestra ARL, con la siguiente información:

**Datos del Empleador**

**Empleador:** C 1023364477 - MAICOLSTIVEN  
RAMIREZ GARRIDO

**Datos de la Relación Laboral**

**Fecha de última cobertura:** 22/06/2023  
**Estado Afiliación:** ACTIVO  
**Tipo Vinculación:** TRABAJADOR DEPENDIENTE  
**Clase de Riesgo:** 3  
**Cargo :** CONDUCTOR  
**Fecha fin de Retiro:** SIN FECHA DE RETIRO

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202301016380072.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 21 días del mes de junio de 2023.

Cordialmente

**GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES**  
**POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.**





REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.022.389.840**  
**SOLANO GUARGUATI**

APELLIDOS  
**MARIO FABIAN**

NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **29-NOV-1993**

**BOGOTA D.C**  
**(CUNDINAMARCA)**

LUGAR DE NACIMIENTO

**1.65**

ESTATURA

**B-**

G.S. RH

**M**

SEXO

**23-ENE-2012 BOGOTA D.C**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



P-1500150-00361581-M-1022389840-20120222

0029221492A 1

38240610



# SOAT

POLIZA DE SEGURO DE DAÑOS CORPORALES CAUSADOS A LAS PERSONAS EN ACCIDENTES DE TRÁNSITO

FECHA DE EXPEDICIÓN	VIGENCIA	HASTA
AÑO   MES   DÍA	DESDE LAS 00 HORAS DEL	AÑO   MES   DÍA
2022   09   19	2022   09   20	2023   09   19



ASEGURADORA  
SEGUROS  
COMERCIALES  
BOLÍVAR

No. DE POLIZA	PLACA No.	CLASE DE VEHICULO	SERVICIO	CILINDRAJE/VATIOS	MODELO
1523007891201	LLP282	CAMION	PÚBLICO	2999	2023
PASAJEROS	MARCA	CHEVROLET	CARROCERIA		
3	LÍNEA VEHICULO	NHR			
No. MOTOR	No. CHASIS ó No. SERIE	No. VIN	CAPACIDAD TOM.		
177M89	9GDNLR777PB003493	9GDNLR777PB003493	1.6		
APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR	TELÉFONO DEL TOMADOR	TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	No. DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	CUIDAD RESIDENCIA TOMADOR	
ANGELMIRO SOLANO BECERRA	3506091588	CC	91153390	BOGOTÁ D.C.	
CÓDIGO DE ASEGURADORA	COD. SUCURSAL EXPEDIDORA	CLAVE PRODUCTOR	No. FORMULARIO	CUIDAD EXPEDICIÓN	
40427	1523	40427	1523007891201	BOGOTÁ	
TARIFA	PRIMA SOAT	CONTRIBUCIÓN FOSYGA	TASA RUNT	ASEGROS POR VICTIMA	HASTA
310	\$480,600.00	\$249,900.00	\$1,900.00	A. GASTOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS, FARMACÉUTICOS Y HOSPITALARIOS	800
				B. INCAPACIDAD PERMANENTE	180
				C. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS	750
				D. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS	10
TOTAL A PAGAR					SALARIOS MÍNIMOS LEGALES DIARIOS VIGENTES
\$732,400.00					
FIRMA AUTORIZADA					

El SOAT digital, además de brindarle una fácil portabilidad y usabilidad, también ofrece varios beneficios para usted, el medio ambiente, las autoridades y en general para todas las personas.

Si quiere conocer estos beneficios y despejar algunas dudas, [le invitamos a ingresar aquí](#).  
El SOAT es irrevocable, no puede ser revocado ni por el Tomador ni por la Aseguradora. Numeral 5 del Artículo 41 del Decreto 056 de 2016



#### 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.
- Está atento al momento en que deba renovar su póliza. No tener SOAT vigente acarrea multas económicas, la detención del vehículo y en caso de accidente de tránsito el recobro 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 la compañía de seguros para que consulte, almacene, administre, transfiera y reporte a las entidades legalmente autorizadas y aquellas que considere necesario, pero en este último caso únicamente con fines estadísticos y/o académicos y no comerciales, la información derivada del presente contrato de seguros y que resulte de todas las funciones que directa o indirectamente se les haya otorgado a las aseguradoras o se les otorguen en el futuro, así como novedades, referencias y manejo de la póliza y demás servicios que surjan del presente contrato, el cual conozco y declaro aceptar en todas sus partes. Declaro haber sido informado sobre el tratamiento que recibirán los datos personales incorporados en el presente contrato de seguros, así como sobre los derechos que me asisten como titular de los mismos y, sobre la dirección física y/o electrónica del responsable del tratamiento de dicha información."





Libertad y Orden

# REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE



LICENCIA DE TRÁNSITO No.

10027245587

PLACA  
**LLP282**

MARCA  
**CHEVROLET**

LINEA  
**NHR**

MODELO  
**2023**

CILINDRADA CC  
**2.999**

COLOR  
**BLANCO NIEBLA**

SERVICIO  
**PÚBLICO**

CLASE DE VEHÍCULO  
**CAMIONETA**

TIPO CARROCERÍA  
**FURGON**

COMBUSTIBLE  
**DIESEL**

CAPACIDAD Kg/PSJ  
**1520**

NÚMERO DE MOTOR  
**177M89**

REG  
**N**

VIN  
**9GDNLR777PB003493**

NÚMERO DE SERIE  
**9GDNLR777PB003493**

REG  
**N**

NÚMERO DE CHASIS  
**9GDNLR777PB003493**

REG  
**N**

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)  
**SOLANO BECERRA ANGELMIRO**

IDENTIFICACIÓN  
**C.C. 91153380**

RESTRICCIÓN MOVILIDAD

BLINDAJE  
\*\*\*\*\*

POTENCIA HP  
**104**

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN  
**032022000929862**

VE FECHA IMPORT.  
**1 07/07/2022**

PUERTAS  
**2**

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD

**PRENDA - GM FINANCIAL COLOMBIA SA  
COMPAÑIA DE FINANCIAMIENTO**

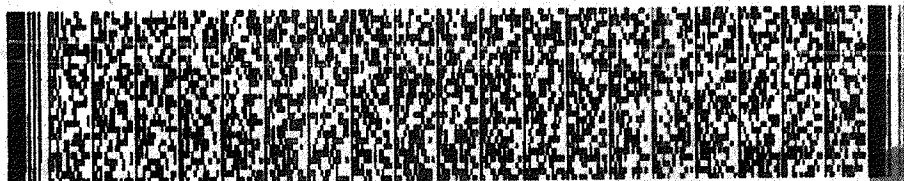
FECHA MATRICULA  
**20/09/2022**

FECHA EXP. LIC. TTD.  
**20/09/2022**

FECHA VENCIMIENTO  
\*\*\*\*\*

ORGANISMO DE TRÁNSITO

**STRIA TTEYMOV CUNDINAMARCA/COTA**



LT07001970217





**PROTEGER I.P.S.**

PROFESIONALES EN SALUD OCUPACIONAL Y CALIDAD

## **CERTIFICADO DE APTITUD FISICA, MENTAL Y DE COORDINACION MOTRIZ**

PROTEGER I.P.S Nit: 900434629-1

Calle 20 N 39-54 Barrio Camoa

Villavicencio, Meta

Res. Min Transporte:

Registro IPS: "RESOLUCION 220000071712 FECHA 2014/02/10 de 3008-100000"

Fecha certificación: 2023-07-25

Tipo Identificación: CC

Identificación: 1.022.389.840

Nombre: MARIO FABIAN SOLANO GUARGUATI

Sexo: M

Grupo Sanguíneo: B-

Fecha Nacimiento: 29-11-1993 (29 AÑOS)

Dirección: CRA 5 N° 19-29 SUR

Escolaridad: BACHILLER

Ocupación: CONDUCTOR

Ciudad: BOGOTÁ

Examen: EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL



### **CERTIFICA**

Que según lo establecido en la resolución 0217 del 31 de enero de 2014 y sus anexos. Previo al examen médico se evaluaron los siguientes aspectos:

- A. Capacidad Visual
- B. Capacidad Auditiva
- C. Capacidad Mental y Coordinación Motriz
- D. Capacidad Física General

Y según lo establecido en la misma resolución y los resultados obtenidos se concluyó que el evaluado es:

### **Apto sin Restricciones**

Paciente apto para conducción.

De conformidad con lo establecido en la resolución 0217 del 31 de Enero de 2014 y sus anexos, emitida por el Ministerio de Transporte y en cumplimiento de la forma ISO/IEC 17024:2012 autorizo al centro de reconocimiento PROTEGER IPS S.A.S para entregar información de los resultados psicosenso-metricos obtenidos en todas y cada una de las evaluaciones que me practicarón, en caso que la autoridad competente lo solicite por medios válidos y me comprometo a cumplir con los deberes como persona certificada, los cuales me han sido informados.

Según lo establecido en la resolución 0217 del 31 de enero de 2014 y sus anexos, emitida por el Ministerio de Transporte declaro bajo la gravedad de juramento que toda la información suministrada durante las entrevistas (psicología, auditiva, visual y medica) ha sido cierta y asumo todas las consecuencias que se puedan generar como resultado de tal información.

YANETH PATRICIA VELAZCO GUERRA  
REGISTRO MÉDICO 11767  
LICENCIA SALUD OCUPACIONAL

Registro: 11767

Persona Certificada

MARIO FABIAN SOLANO GUARGUATI

Este certificado tiene Vigencia de 12 meses según lo establecido en la resolución 0217 de enero 2014 y sus anexos a partir. Si usted tiene alguna queja o petición sobre el servicio prestado por favor informarlo al área de recepción.



00. 2000 (opción, ...)

$\times$  <sup>2</sup>  
**Portafolio Enel X**  
**\$0**

+

$\div$  <sup>3</sup>  
**Total Aseo**  
**\$69,760**

=

$\$$   
**Total a Pagar**  
**\$602,830**

**PAGO OPORTUNO**  
**09 JUN/2023**

**FECHA DE SUSPENSIÓN 1**  
**13 JUN/2023**

**NÚMERO DE CUENTA:** 0051916-8

**PRÓXIMA FECHA DE LECTURA:** 29 JUN/2023

Situación encontrada: Normal

**MOVIIREL**

13/06/2023 15:32:37  
 CAFE INTERNET  
 COMUNICACIONES  
 ESCORPION COM CC  
 #064829

No. transacción  
 ON230613.1532.B1265

TRANSACCIÓN ÉXITO:  
 PAGO DE FACTURAS

No. autorización 9616281

Convenio: ENEL

No. Ref: 00519168

Valor: \$602,830

-	Lectura Anterior	=	Energía Facturada kWh	x	Valor Unitario kWh	=	Valor Facturado
60375			608		\$784.32		\$443,928
00% DEL VALOR FACTURADO							\$88,786
SUBTOTAL CONSUMOS:							\$532,714

**OTROS CUBROS DE PRODUCTOS Y SERVICIOS**

Subtotal: \$206

**SUBTOTAL:** \$206

Te invitamos a consultar el detalle de tus productos y servicios a través de la APP, la Sucursal Online en la página web o acercándote a FACTURA VIRTUAL desde [www.enel.com.co](http://www.enel.com.co) en la sección Personas.

**1 TOTAL ENERGÍA:** \$533,070

ORTUNO para no generar intereses de mora y la FECHA DE idéntico el servicio en caso de no pago. Por lo anterior y de acuerdo con el costo por concepto de reconstrucción se hasta de \$28,853

14,3253 kWh

**2 TOTAL OTROS:** \$0

Le informamos que de no realizar el pago de sus obligaciones Crédito Fácil CODENSA en la fecha de PAGO OPORTUNO, éstas entrarán en mora, ante lo cual se realiza reporte negativo a las bases de información Financiera y cobro por gastos de cobranza.

<b>PRESTADOR:</b> PROMOAMBIENTAL DISTRITO SAS ESP		<b>ASE No.</b> 1	<b>NIT:</b> 901145808-5
<b>NÚMERO PARA CUALQUIER CONSULTA:</b> 70152065		<b>DATOS DEL USUARIO:</b>	
<b>TÍPO PRODUCTOR:</b> Pequ. Prod. Industrial		<b>UNIDADES:</b>	
<b>VOLUMEN:</b> 0.0000	<b>DENSIDAD:</b> 0.20	<b>% PARTICIPACIÓN:</b> 0%	<b>Residenciales:</b> 0
<b>ESTRATO:</b> 3	<b>PREC. RECOLECCIÓN:</b> 3	<b>PREC. BARRIDO:</b> 2	<b>Desocupadas:</b> 0
<b>PERIODO DE FACTURACIÓN:</b> 07/04/2023 al 11/05/2023	<b>DÍAS LIQUIDADOS:</b> 35	<b>No residenciales:</b> 1	<b>Desocupadas:</b> 0

COSTOS PARA TARIFAS	HISTÓRICO DE FACTURACIÓN	TONELADAS POR SUScriptor
<b>COSTO FIJO TOTAL:</b> \$ 15,230.93 <b>COSTO VARIABLE NO APROVECHABLE:</b> \$ 25,377.25 <b>VALOR BASE APROVECHABLE:</b> \$ 135,580.11		<b>BARRIDO:</b> 0.00268233 <b>LIMPIEZA URBANA:</b> 0.00123308 <b>RECHAZO DEL APROVECHAMIENTO:</b> 0.00004716 <b>EFFECTIVAMENTE APROVECHADAS:</b> 0.03749965 <b>RESIDUOS NO APROVECHABLES:</b> 0.00 <b>AFORO NO APROVECHABLE:</b> 0.00

**ESTADO DE CUENTA**

CONCEPTO	VALOR
ASEO - SERVICIO NO RESIDENCIAL	\$46,498.00
ASEO - CONTRIBUCIÓN NO RESIDENCIAL	\$23,348.00
ASEO - AJUSTE A LA DECENA DEBITO	\$1.00
ASEO - INTERÉS POR MORA	\$12.00

**PUNTOS DE ATENCIÓN**

PROMOAMBIENTAL DISTRITO SAS E.S.P. TV 4 No. 91A-25  
 LIMPIEZA METROPOLITANA S.A. E.S.P. Carretera 58 # 9-17 Local 02 Torra  
 CIUDAD LIMPIA BOGOTÁ S.A. E.S.P. Avenida Edgardo BOG Américas  
 BOGOTÁ LIMPIA S.A. E.S.P. Avenida Boyacá # 6-6 - 20  
 AREA LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A. E.S.P. Calle 65A No. 93-02  
Calle 129 # 54-38

**MENSAJES DE INTERÉS**

PROMOAMBIENTAL DISTRITO SAS ESP, Somos grandes contribuyentes según resolución No. 012220 del 28 de diciembre de 2022. Actividad económica 3811 recolección de desechos no peligrosos, tarifa 9,66 por mil.

**3 TOTAL ASEO:** \$69,760.00

**MESES EN MORA:** 0

**Aviso importante**

Desde Enel Colombia hemos detectado publicidad fraudulenta en Google con enlaces sobre nuestro sitio de pagos. Recomendamos a nuestros clientes estar muy atentos y usar únicamente el botón de pago PSE que está directamente en [www.enel.com.co](http://www.enel.com.co)











[illegible]

800	SALARIOS
180	MÍNIMOS
750	LEGALES
10	DIARIOS
	VIGENTES



96DNL R777PB003493

96DNL R777PB003493

FABRICADO POR G.M. COLMOTORES

VEHICULO CHEVROLET





