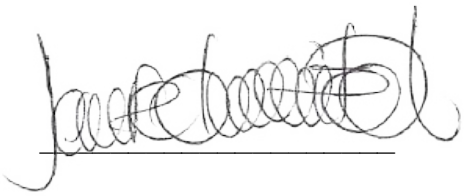
POLITICA DEL SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CEINTERS SAS, tiene como fin realizar el diseño, control y evaluación de proyectos civiles y ambientales en el sector público y privado; teniendo como pilar el bienestar de cada uno de sus trabajadores; a través de acciones preventivas y de mejora con el fin de evitar futuras Enfermedades Laborales (EL) y la ocurrencia de Accidentes de trabajo (AT) al interior de la empresa o en los diferentes proyectos; del mismo modo el cuidado del medio ambiente y la ejecución de campañas que permitan promocionar la salud y bienestar de todos los trabajadores y el dar cumplimiento a la normatividad legal vigente aplicable en materia de riesgos laborales.

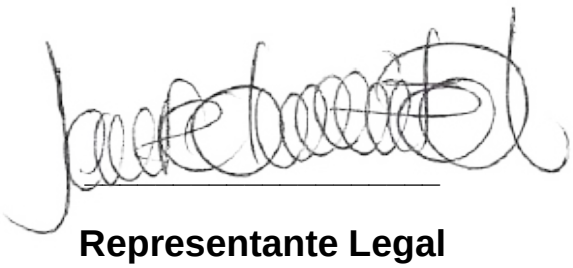


Representante Legal

POLITICA DE NO ALCOHOL, TABACO Y DROGAS

Es política de la empresa CEINTERS SAS velar por el buen desempeño de los colaboradores, como también por su bienestar dentro de las instalaciones de la organización; por tal motivo se compromete en adelantar campañas educativas, con el fin de conservar, mantener y proteger a los colaboradores e instruirlos en los efectos producidos por el alcoholismo, las drogas alucinógenas y el tabaco sobre la salud, la familia y sociedad.

De igual forma, la empresa CEINTER SAS, prohíbe que los trabajadores laboren bajo efectos de drogas alucinógenas y alcohol; consuman porten o vendan cigarrillos en los diferentes puestos de trabajo. Estructurando un régimen de sanciones para quienes incumplan, de acuerdo al reglamento interno de trabajo, todo esto con el fin de brindar ambientes sanos de trabajo y evitar todo tipo de accidente de trabajo dentro de las instalaciones de la empresa.



Representante Legal

CEINTERS SAS ESTUDIOS E INTERVENTORIAS	SISTEMA DE GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL EN EL TRABAJO CEINTERS S.A.S	FECHA	01/09/2022
	FORMATO PARA LA INDUCCION Y REINDUCCION AL PERSONAL		

DIA	MES	AÑO
10	10	2022.

1. INDUCCION -COORDINACION SISTEMA DE GESTION SG-SST

NOMBRE DEL TRABAJADOR	Yamer Cárdenas
NUMERO DE CEDULA	1.015.429.618
JEFE INMEDIATO	Oscar Godoy
CARGO	Director Interventoria

2. CAPACITACION BÁSICA DEL SG-SST Para personal nuevo en la empresa unicamente	
DESCRIPCION	
Presentación de la Empresa	
Politica de no consumo de alcohol, drogas y tabaco	
Politica	
Plan de emergencias	
Reporte de Accidente de trabajo/ausetismo laboral/incapacidad	
Prevencion de Accidentes de Trabajo	
Elementos de proteccion personal y sus usos	Firma SG-SST

3. CAPACITACION / ENTRENAMIENTO EN EL AREA ADMINISTRATIVA Colocar una X en las casillas con informacion clara	
Tipo de contrato	X
Responsabilidades	X
Derechos y deberes del trabajador	X
Horarios de trabajo	X
Responsabilidades de SST	X
Normas Minimas de Seguridad y Salud Ocupacional	X
Area de Trabajo	X
Conducto Regular	X

FIRMA TRABAJADOR	FIRMA JEFE INMEDIATO	FIRMA SG-SST

CEINTERS SAS ESTUDIOS E INTERVENTORIAS	SISTEMA DE GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL EN EL TRABAJO CEINTERS S.A.S	FECHA	01/09/2022
	FORMATO PARA LA INDUCCION Y REINDUCCION AL PERSONAL		

DIA	MES	AÑO
12	10	2022

1. INDUCCION -COORDINACION SISTEMA DE GESTION SG-SST

NOMBRE DEL TRABAJADOR	Sergio Jesus Cuta.
NUMERO DE CEDULA	1.090.425.911
JEFE INMEDIATO	Yenner Cardenas.
CARGO	Profesional HSEQ

2. CAPACITACION BÁSICA DEL SG-SST

Para personal nuevo en la empresa unicamente

DESCRIPCION	
Presentación de la Empresa	
Politica de no consumo de alcohol, drogas y tabaco	
Politica	
Plan de emergencias	
Reporte de Accidente de trabajo/ausetismo laboral/incapacidad	
Prevencion de Accidentes de Trabajo	
Elementos de proteccion personal y sus usos	Firma SG-SST

3. CAPACITACION / ENTRENAMIENTO EN EL AREA ADMINISTRATIVA

Colocar una X en las casillas con informacion clara

Tipo de contrato	X
Responsabilidades	X
Derechos y deberes del trabajador	X
Horarios de trabajo	X
Responsabilidades de SST	X
Normas Minimas de Seguridad y Salud Ocupacional	X
Area de Trabajo	X
Conducto Regular	X

FIRMA TRABAJADOR	FIRMA JEFE INMEDIATO	FIRMA SG-SST

CEINTERS SAS ESTUDIOS E INTERVENTORIAS	ENTREGA DE DOTACION Y ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL CEINTERS S.A.S	FECHA	01/09/2022

CONTRATO:

NOMBRE	EPP Y/O DOTACIÓN Y OTROS									FIRMA
	Camisa		Calzado		Pantalon		Monogafas		Casco	
	cant	talla	invierno	Cuero	Cant	Talla	Transparente	Oscura		
Yeiner Cadavid	2	M	38	38	2	30		1	1	
Sergio León	2	M		38	2	32		1	1	
Oscar Gaby								1	1	
Juan Camilo								1	1	

El trabajador aquí firmante hace constar que recibió real y materialmente la dotación descrita en el presente documento y declara que:

1. CEINTERS S.A.S se encuentra a PAZ Y SALVO con el trabajador por concepto de dotación a la fecha de la firma del presente documento.

2. En cumplimiento de las disposiciones legales vigentes, la política del Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo y las disposiciones en cuanto a seguridad y salud ocupacional apliquen, el trabajador se compromete a hacer uso adecuado de los elementos que se le entregan para su seguridad de acuerdo con las actividades que realiza para la Empresa.

3. Para el caso de entrega de bonos de dotación, CEINTERS S.A.S no se hace responsable por la pérdida, deterioro o vencimiento de los bonos no redimidos. Igualmente, los cheques serán utilizados para la compra de telas, ropa y/o zapatos para uso del trabajador únicamente.

4. En virtud de lo establecido en el artículo 233 del CST, si el trabajador no hace uso de la dotación de acuerdo a lo aquí establecido, la vende o la regala, CEINTERS S.A.S queda eximida de entregar dotación en el siguiente período.

5. El Trabajador se obliga a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral la dotación y los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de salud ocupacional que contribuyen a su bienestar fisico, psicológico y social. Declarando que ha recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

CEINTERS SAS ESTUDIOS E INTERVENTORÍAS	SISTEMA DE GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL EN EL TRABAJO CEINTERS S.A.S	FECHA	1/09/2022
	MATRIZ DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Vs CARGOS		

ITEM	CARGO	ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL													
			GAFAS			BOTAS		DOTACION							
		CASCO	OSCURAS	CLARAS	GUANTES	PLASTICAS	CUERO	CAMISA MANGA LARGA	PANTALON	PROTECTOR AUDITIVO	PROTECCION RESPIRATORIA	CHALECO REFLECTIVO	SILLA ERGONOMICA	DESCANSA PIE	DESCANSA MUÑECA
1	GERENTE	X						X				X			
2	DIRECTOR DE INTERVENTORIA	X						X				X			
3	INGENIERO RESIDENTE INTERVETORIA	X	X				X	X	X			X			
4	TOPOGRAFO														
5	PROFESIONAL HSE	X	X		X		X	X	X			X			
6	SECRETARIA														
7	AUX. ADMINISTRATIVA							X	X				X	X	X
8	DISEÑADOR GRAFICO														
9	CONDUCTOR														
10	INGENIERO ELECTRICO														
11	CONTROLADOR VIAL														
12	ASESORES EXTERNOS	X						X				X			

República de Colombia
Ministerio de Salud y Protección Social
Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y de Alimentos - INVIMA

RESOLUCION Nro. 2019042393

Por la cual se concede un Registro Sanitario de Alimentos (Alto Riesgo)

El Director de Alimentos y Bebidas del INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS INVIMA, en ejercicio de las facultades legales conferidas en el Decreto 2078 de 2012, con base en lo previsto por la Ley 9a. de 1979, Ley 1755 de 2015, Resolución 2674 de 2013 modificada por la Resolución 3168 de 2015, Resolución 719 de 2015.

ANTECEDENTES

Por medio del Decreto - Ley 019 de 2012, se dictarón postulados para suprimir a reformar regulaciones, procedimientos y trámites innecesarios existentes en la administración pública.

El Articulo 126 de la precipitada norma establece: "Los alimentos que se fabriquen, envasen o importen para su comercialización en el territorio nacional requerirán de Notificación Sanitaria, Permiso Sanitario o **Registro Sanitario** según el riesgo de estos productos en salud pública, de conformidad con la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social, dentro de los seis (6) meses siguientes a la entrada en vigencia del presente decreto".

En consecuencia, la Resolución 2674 de fecha 22 de julio de 2013, reglamentó el aludido articulo con el fin de garantizar su aplicación.

Que mediante Resolución No. 719 de Marzo 11 de 2015 se establece la clasificación de alimentos para consumo humano de acuerdo con el riesgo en salud pública.

Que mediante la Resolución 3168 de 2015, el Ministerio de Salud y Protección Social modificó el Articulo 37 de la Resolución 2674 de 2013.

Que mediante escrito radicado bajo el No. 20191186008 de fecha 2019/09/23 el (la) Señor(a) MARISOL BECERRA CELY actuando en calidad de apoderado y/o representante legal, presentó solicitud de concesión de Registro Sanitario para el producto abajo referido

CONSIDERACIONES

Verificados los requisitos establecidos en el Articulo 38 de la Resolución 2674 de 2013 y la Resolución 719 de 2015, y en cumplimiento con las disposiciones sanitarias para la concesión de dicho trámite, la Dirección de Alimentos y Bebidas del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos INVIMA, .

RESUELVE

ARTICULO PRIMERO: Conceder REGISTRO SANITARIO por el termino de Cinco (5) años al producto que se describe a continuacion:

R E G I S T R O SANITARIO No.:	RSA-0008804-2019
VIGENTE HASTA:	2024/09/24
EXPEDIENTE:	20170092 **RADICACION:** 20191186008
MODALIDAD:	FABRICAR Y VENDER
PRODUCTO:	AGUA POTABLE TRATADA, HIELO, HIELO CON SABOR A LIMÓN Y A FRESA
MARCA:	AGUA EL SOL,
PRESENTACION COMERCIAL:	100 mililitros hasta 20 litros,
TITULAR(ES):	MARISOL BECERRA CELY PROPIETARIO DEL ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO AGUA EL SOL DEL PUERTO con domicilio en PUERTO BOYACA - BOYACA,
FABRICANTE(S):	MARISOL BECERRA CELY PROPIETARIO DEL ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO AGUA EL SOL DEL PUERTO con domicilio en PUERTO BOYACA - BOYACA,

ARTICULO SEGUNDO: El producto debe cumplir con los requisitos sanitarios que le sean aplicables en materia de rotulado de alimentos de conformidad con lo dispuesto en la Resolución 5109 de 2005, Resolución 333 de 2011 si es el caso.

ARTICULO TERCERO: Los derechos que se deriven de esta resolución, quedarán sujetos a revisión posterior de la documentación que soporta el cumplimiento de los requisitos exigibles según el caso, por parte de la DIRECCION DE ALIMENTOS Y BEBIDAS DEL INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS - INVIMA, quien así mismo realizará las actividades de Inspección, Vigilancia y Control a que halla lugar de conformidad con la previsto por la Resolución 2674 de 2013 modificada por la Resolución 3168 de 2015.

ARTICULO CUARTO: AUTORIZAR el agotamiento de 50000 unidad (es) de etiquetas en sus diferentes presentaciones comerciales y marcas autorizadas amparadas bajo el Registro Sanitario Nro. RSAL19I4109, expediente Nro. 20012020. Así mismo, para alimentos importados cobija las importaciones del producto con las etiquetas que declaran el citado registro.

ARTICULO QUINTO: La vigencia del presente Registro sanitario se contara a partir de la firmeza de la presente resolución de conformidad con lo dispuesto en el articulo 87 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

ARTICULO SEXTO: La presente resolución rige a partir de la fecha de ejecutoria.

De igual manera, el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA, manifiesta que el interesado declaró que el producto amparado cumple con todos los requisitos establecidos por el Artículo 126 del Decreto 019 de 2012, Resolución 2674 de 2013 y Resolución 719 de 2015 y las normas sanitarias vigentes aplicables, y que toda la información suministrada a la autoridad es auténtica y veraz, que su comercialización será posterior a la presente notificación cumpliendo estrictamente con las especificaciones de calidad definidas para el producto y que se encuentra sometido vigilancia posterior por parte de las autoridades sanitarias correspondientes, de acuerdo con lo establecido en las precitadas normas. Por lo tanto asume la responsabilidad sobre cualquier inconsistencia que se presente entre la información suministrada y la que resulte de las acciones que se ejerzan por parte de las autoridades.

NOTIFIQUESE Y CUMPLASE

Se expide en Bogotá D.C. el 24 de Septiembre de 2019

Los derechos que se deriven de este Registro Sanitario quedarán sujetos a revisión posterior por parte del INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS INVIMA quien realizará las actividades de Inspección, Vigilancia y Control a que halla lugar de conformidad con lo previsto por la Resolución 2674 de 2013.

La impresión en soporte cartular (papel) es una reproducción del documento original que se encuentra en formato electrónico firmado digitalmente, cuya representación digital goza de plena autenticidad, integridad y no repudio, en cumplimiento de la ley 527 de 1999 (Artículos 6 a 13 y 28) y de la ley 962 de 2005 (Artículo 6)

NOTA: La información consignada es fiel copia de la inscrita en la Base de Datos de Registros Sanitarios del INVIMA a la fecha de su expedición. El documento electrónico se puede consultar en la dirección http://www.invima.gov.co

Este espacio, hasta la firma se considera en blanco.

Signature Not Verified
Firmado digitalmente por CARLOS ALBERTO ROBLES COCUYAME
Fecha: 2019/09/24 16:47:41 COT
Razón: Invima
Locación: BOGOTA D.C., Colombia

CARLOS ALBERTO ROBLES COCUYAME
DIRECTOR TECNICO DE ALIMENTOS Y BEBIDAS

INFORME DE ENSAYOS (Fisicoquímico)-44252-1

DATOS GENERALES DEL CLIENTE

Cliente/Empresa: AGUAS EL SOL
Dirección: KRA 5 NO 17-31 **Teléfono:** 3132742843
Sede: No aplica **Encargado:** MARISOL BECERRA

INFORMACIÓN DE RECEPCIÓN DE LA MUESTRA

Recolectado por: MARISOL BECERRA
Código de Muestra: 44252-1
Descripción: AGUA ENVASADA
Tipo de empaque: Bolsa sellada impresa
Clase de muestra: Agua Envasada
Fecha y hora de recolección: 2022-09-06, 16:00
Fecha y hora de ingreso: 2022-09-07, 08:00
Temperatura de ingreso: 4 °C
Cantidad: 1000 mL
Estado del tiempo: Seco
Lugar/Punto de muestreo: PLANTA DE PRODUCCION

Observaciones: Ninguna

RESULTADOS DE ENSAYOS

Parámetro	Método	Norma de Referencia	Valor de Referencia	Resultado
Temperatura de medición de pH (°C)	Medición Directa	Res.12186/1991	No específica	23,4
pH (Unidades de pH)	ISO 10523:2008	Res.12186/1991	6.50 - 9.00	7,1
Cloro residual (mg Cl_2/L)	Anlog. SM. Ed. 23 4500-Cl_2 G	Res.12186/1991	No específica	<0,02
Color Real (UC)	SM. Ed. 23 2120 C	Res.12186/1991	≤15	<5
Turbidez (NTU)	SM. Ed. 23 2130 B	Res.12186/1991	≤2.0	1,2
Conductividad (µS/cm)	SM. Ed. 23 2510 B	Res.12186/1991	No específica	335
Cloruros (mg Cl^-/L)	SM. Ed. 23 4500 Cl B	Res.12186/1991	≤250	13,25
Dureza Total (mg $CaCO_3$/L)	SM. Ed. 23 2340 C	Res.12186/1991	≤150	61
Alcalinidad Total (mg $CaCO_3$/L)	SM. Ed. 23 2320 B	Res.12186/1991	No específica	130
Aluminio (mg Al /L)	Anlog. SM. Ed. 23 3500 Al B	Res.12186/1991	≤0.200	0,076
Hierro (mg Fe /L)	Fotométrico	Res.12186/1991	≤0.300	0,054
Sulfatos (mg/L SO_4^{2-})	SM. Ed. 23 4500 SO_4 E	Res.12186/1991	≤250	8,90
Nitritos (mg/L NO_2^-)	Anlog. SM Ed 23 4500 NO_2 B	Res.12186/1991	≤0.1	0,055
Dureza Cálcica (mg $CaCO_3$/L)	SM. Ed. 23. 3500-Ca B	Res.12186/1991	No específica	33
Magnesio (mg Mg/L)	SM. Ed. 23 3500 Mg B	Res.12186/1991	≤36	6,804

Fecha de ensayo:2022-09-07

OBSERVACIONES

*****Para mejor comprensión de los resultados y mejoramiento de los mismos comuníquese con nuestros asesores*****

La incertidumbre del (los) ensayo (s) están a disposición cuando sea requerido por el cliente según procedimiento interno para su estimación.
SM: Standar Methods | Ed: Edición | NA: No aplica | NR: No registrado | Se utiliza la coma (,) como separado decimal |

Nota aclaratoria: Los resultados sólo están relacionados con los ítems ensayados

Este documento no se puede reproducir sin la aprobación escrita de SEILAM S.A.S.

Autorización del Informe de Ensayos [Fecha de impresión: 2022-09-20]

Jhon Faver Perez Jaramillo
Coordinador Lab.Físicoquímica

FINAL DEL INFORME DE ENSAYOS 44252-1

INFORME DE ENSAYOS (Microbiológico)-44252-2

DATOS GENERALES DEL CLIENTE

Cliente/Empresa: AGUAS EL SOL
Dirección: KRA 5 NO 17-31
Teléfono: 3132742843
Sede: No aplica
Encargado: MARISOL BECERRA

INFORMACIÓN DE RECEPCIÓN DE LA MUESTRA

Recolectado por: MARISOL BECERRA
Código de Muestra: 44252-2
Descripción: AGUA ENVASADA
Tipo de empaque: Bolsa sellada impresa
Clase de muestra: Agua Envasada
Fecha y hora de recolección: 2022-09-06, 16:00
Fecha y hora de ingreso: 2022-09-07, 08:00
Temperatura de ingreso: 4 °C
Cantidad: 250 mL
Estado del tiempo: Seco
Lugar/Punto de muestreo: PLANTA DE PRODUCCION

Observaciones: Ninguna

RESULTADOS DE ENSAYOS

Parámetro (unidades)	Método de referencia	Norma de Referencia	Valor de Referencia	Resultado
Recuento de Mesófilos (UFC/100 mL)	SM 9515 D Ed 23	NTC 3525	≤100	0
Recuento de Coliformes totales (UFC/100 mL)	SM 9222 B Ed 23	Res. 12186/91	=0	0
Recuento de E. coli (UFC/100 mL)	SM 9222 B Ed 23	Res. 12186/91	=0	0
Recuento de Pseudomonas aeruginosa (UFC/200 mL)	SM 9213 E Ed 23	Res. 12186/91	=0	0

Fecha de ensayo:2022-09-07

OBSERVACIONES

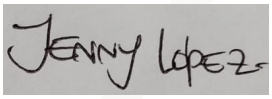
Para mejor comprensión de los resultados y mejoramiento de los mismos comuníquese con nuestros asesores

La incertidumbre del (los) ensayo (s) están a disposición cuando sea requerido por el cliente según procedimiento interno para su estimación.
SM: Standar Methods | Ed: Edición | NA: No aplica | NR: No registrado | Se utiliza la coma (,) como separado decimal |

Nota aclaratoria: Los resultados sólo están relacionados con los ítems ensayados

Este documento no se puede reproducir sin la aprobación escrita de SEILAM S.A.S.

Autorización del Informe de Ensayos [Fecha de impresión: 2022-09-17]



Jenny López Alzate
Coordinador Lab. Microbiología

FINAL DEL INFORME DE ENSAYOS 44252-2

INFORME DE ENSAYOS (Microbiológico)-45285-1

DATOS GENERALES DEL CLIENTE

Cliente/Empresa:	AGUAS EL SOL		
Dirección:	KRA 5 NO 17-31	**Teléfono:**	3132742843
Sede:	No aplica	**Encargado:**	MARISOL BECERRRA

INFORMACIÓN DE RECEPCIÓN DE LA MUESTRA

Recolectado por:	MARISOL BECERRRA	**Fecha y hora de ingreso:**	2022-10-21, 08:00
Código de Muestra:	45285-1	**Temperatura de ingreso:**	4 °C
Descripción:	AGUA ENVASADA	**Cantidad:**	300 mL
Tipo de empaque:	Bolsa sellada impresa	**Estado del tiempo:**	Seco
Clase de muestra:	Agua Envasada	**Lugar/Punto de muestreo:**	PLANTA DE PRODUCCION
Fecha y hora de recolección:	2022-10-19, 17:26		

Observaciones:pH: 8.6 CLORO :0.96ppm

RESULTADOS DE ENSAYOS

Parámetro (unidades)	Método de referencia	Norma de Referencia	Valor de Referencia	Resultado
Recuento de Mesófilos (UFC/100 mL)	SM 9515 D Ed 23	NTC 3525	≤100	1
Recuento de Coliformes totales (UFC/100 mL)	SM 9222 B Ed 23	Res. 12186/91	=0	0
Recuento de E. coli (UFC/100 mL)	SM 9222 B Ed 23	Res. 12186/91	=0	0
Recuento de Pseudomonas aeruginosa (UFC/200 mL)	SM 9213 E Ed 23	Res. 12186/91	=0	0

Fecha de ensayo:2022-10-21

OBSERVACIONES

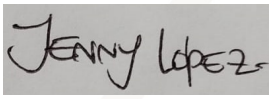
*****Para mejor comprensión de los resultados y mejoramiento de los mismos comuníquese con nuestros asesores*****

La incertidumbre del (los) ensayo (s) están a disposición cuando sea requerido por el cliente según procedimiento interno para su estimación.
SM: Standar Methods | Ed: Edición | NA: No aplica | NR: No registrado | Se utiliza la coma (,) como separado decimal |

Nota aclaratoria: Los resultados sólo están relacionados con los ítems ensayados

Este documento no se puede reproducir sin la aprobación escrita de SEILAM S.A.S.

Autorización del Informe de Ensayos [Fecha de impresión: 2022-10-28]



Jenny López Alzate
Coordinador Lab. Microbiología

FINAL DEL INFORME DE ENSAYOS 45285-1

CONSULTORIA, ESTUDIOS E INTERVENTORIAS CIVILES Y AMBIENTALES - CEINTERS S.A.S.
NIT: 900849991-3
Tel. 3212605323
Email. contabilidad.ceinters@outlook.es
Autorización No. 18764037677972 válida desde 10/10/2022 hasta 10/10/2023 rango desde DSE-1 hasta DSE-50.

Proveedor: OSCAR JAVIER GODOY BAUTISTA
NIT : 79049924-3
Dirección: CALLE 12 N 5 - 65, Otanche, Boyacá, Colombia

Forma de pago: Contado
Medio de Pago: Transferencia Débito Bancaria
Total de Lineas: 1

DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR

DSE19

MONEDA: COP Colombia, Pesos
HORA EMISIÓN: 04:51:25

FECHA DE EMISIÓN			FECHA DE VENCIMIENTO		
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
24	01	2023	--	--	--

#	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	U. MEDIDA	CANTIDAD	PRECIO U.	IVA	DCTO.	TOTAL
1	003	HONORARIOS DESDE 01/12/2022 HASTA EL 30/12/2022 **Fecha inicio:** 24/01/2023 **Tipo periodo:** Por operación	WSD	1,00	$1.000.000,00		0,00	$1.000.000,00

SON: (Un millon pesos)
CUDS **: f6ab2a08e46ebe4042b4e2d40506ab724b8665bec5dfcafc7b5d47369d5958471e94ea14b43b4ce7481367e05192a567**

Subtotal:	$1.000.000,00
Cargos:	$0.00
Descuento:	$0.00
Total:	$1.000.000,00

Firma Digital:
Representacíon impresa de Documento soporte en adquisiciones efectuadas a no obligados a facturar

facturatech
Software: e-Factura Proveedor tecnológico: cadena. Nit. 890.930.534-0

CONSULTORIA, ESTUDIOS E INTERVENTORIAS CIVILES Y AMBIENTALES - CEINTERS S.A.S.
NIT: 900849991-3
Tel. 3212605323
Email. contabilidad.ceinters@outlook.es
Autorización No. 18764037677972 válida desde 10/10/2022 hasta 10/10/2023 rango desde DSE-1 hasta DSE-50.

Proveedor: JUAN CAMILO CALDERON UREÑA
NIT : 1070608699-5
Dirección: CRA 7B # 15-42, Otanche, Boyacá, Colombia

Forma de pago: Contado
Medio de Pago: Transferencia Débito Bancaria
Total de Lineas: 1

DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR

DSE20

MONEDA: COP Colombia, Pesos
HORA EMISIÓN: 04:53:00

FECHA DE EMISIÓN			FECHA DE VENCIMIENTO		
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
24	01	2023	--	--	--

#	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	U. MEDIDA	CANTIDAD	PRECIO U.	IVA	DCTO.	TOTAL
1	003	HONORARIOS DESDE 01/12/2022 HASTA EL 30/12/2022 **Fecha inicio:** 24/01/2023 **Tipo periodo:** Por operación	WSD	1,00	$1.000.000,00		0,00	$1.000.000,00

SON: (Un millon pesos)
CUDS **:** **fc84945d11b752c5338ec46977c1d9cf759523d985863361dcda6c262e5fa0a42b4b13921848dfb7dad3b9cebc65232b**

Subtotal:	$1.000.000,00
Cargos:	$0.00
Descuento:	$0.00
Total:	$1.000.000,00

Firma Digital:
Representacíon impresa de Documento soporte en adquisiciones efectuadas a no obligados a facturar

facturatech
Software: e-Factura Proveedor tecnológico: cadena. Nit. 890.930.534-0

Documento Soporte de Pago de Nómina Electrónica

CONSULTORIA, ESTUDIOS E INTERVENTORIAS CIVILES Y AMBIENTALES - CE INTERS S.A.S.
900849991-3
Periodo de pago 01 de Diciembre de 2022 al 30 de Diciembre de 2022
NOM-0052

Empleado:	CARDENAS COMAS YENNER FRANCISCO	**Identificación:**	1015429618	**Entidad Salud:**	
Cargo:	RESIDENTE INTERVENTORIA	**Centro de Costos:**	OPERATIVOS	**Entidad Pensión:**	
Sueldo:	$1.500.000,00	**Banco:**		**Entidad ARL:**	
Fecha Ingreso:	22/08/2022	**No. Cuenta:**		**Entidad Caja:**	

Fechas de pago:	2022-12-30

Código	Descripción	Unidades	Devengos	Deducciones
001	Sueldo Básico	30,00 días	$1.500.000,00	
040	Auxilio Transporte		$1.300.000,00	
024	Víatico Manutención Alojamiento No Salarial		$700.000,00	
002	Salud			$60.000,00
003	Fondo Pensión			$60.000,00

Totales:	$3.500.000,00	$120.000,00
Neto a Pagar:	**$3.380.000,00**	
Valor en letras:	Tres Millones Trescientos Ochenta Mil Pesos	

Notas:	

CUNE:	84881dafce6db1facb993343a4ac69130a4f48ad58f2a8f227d76df67074174ec3c986ead02c41451b69a527765a342c
Fecha Firmado:	2022-12-29T17:59:21.826069-05:00
Firma Digital:	XKfWcPKcqvoOxoUHOGxuB+N7KQLQ+eRW5TuDTgRamkdgWpVvm0RTA8zASi2cjBl6 OljQlmQzx7UzwSZcCMCkz6YdGG4sJoDnH+ U5H/waV3VASIBH6EjGX7BB+U0tW1Wb iiraRYK+NPPrbu9mIz+I31moeOb8soiCfCGRAVBr8q+Jzqekgp7n6jiCE0C5ECZ2 s5U PELrhuAKkCNB/T5wVRykoqprsaJW1SQXfpFx/QKCz3yQDz7u32wSwhTfOfsY9 t95/I7c79mp8IIXH5mF8tVT1fXn9ETNslGSuG Nw2zCmUw/fz6BooaavV+QMxVj7W mcrbudqeaVV34KJw7q8G0g==

Representación Gráfica de Nomina Individual.

facturatech
Software: e-Factura Proveedor tecnológico: cadena. Nit. 890.930.534-0

Documento Soporte de Pago de Nómina Electrónica

CONSULTORIA, ESTUDIOS E INTERVENTORIAS CIVILES Y AMBIENTALES - CE INTERS S.A.S.
900849991-3
Periodo de pago 01 de Diciembre de 2022 al 30 de Diciembre de 2022
NOM-0053

Empleado:	LEON GUIZA SERGIO ALEXANDER	**Identificación:**	1090425911	**Entidad Salud:**	
Cargo:	PROFESIONAL HSE	**Centro de Costos:**	OPERATIVOS	**Entidad Pensión:**	
Sueldo:	$1.300.000,00	**Banco:**		**Entidad ARL:**	
Fecha Ingreso:	11/10/2022	**No. Cuenta:**		**Entidad Caja:**	

Fechas de pago:	2022-12-30

Código	Descripción	Unidades	Devengos	Deducciones
001	Sueldo Básico	30,00 días	$1.300.000,00	
002	Salud			$52.000,00
003	Fondo Pensión			$52.000,00

Totales:	$1.300.000,00	$104.000,00
Neto a Pagar:	**$1.196.000,00**	
Valor en letras:	Un Millon Ciento Noventa y Seis Mil Pesos	

Notas:

CUNE:	208ef8ade55ba83fb5a843cc846815658ea24ab44b7217c5144f33c470d4d609aa902d508c2fb7db4dd86322e3d3ee46
Fecha Firmado:	2022-12-29T17:58:30.496430-05:00
Firma Digital:	W5RDT3ly9sBgY79d9Lalfc23TbkOTDBWT7XHbui0O67Rbyn72qUgTgH5twzzorPj GSQZsmA7DlPUPufAjwBDFAn4bI/cWi6hd5 iyxG13jzlpDzDegpUefB0VmPnoGJTN zPNac87eybPqBPVXgJNy0BoE5ojbkH/6dtN5Im3H0V9ExLvXNi4x5ZaReAq6tlod eFN XoJJoI9buIEehgPmd9XUEYl2bQD01NtmBDagcNXfkTY7kK1sJtLm3lez/Dh4x tdjNr2eDq5FaTsX5dmzhgwlf47gzYih0GvN2J ouWFQcKPC5AZ08kC89i2QEzX1Uf Jqk+yJwwSfVP7+t/Q+B4lw==

Representación Gráfica de Nomina Individual.

facturatech
Software: e-Factura Proveedor tecnológico: cadena. Nit. 890.930.534-0

CEINTERS SAS NIT. 900.849.991-3	CONTROL DE ASISTENCIA		
	Código. CA-01	Versión No. 0	Fecha de emisión: 12/10/2022

PROYECTO: CONTRATO 2325/2022
LUGAR / FRENTE: Oficina / operativo
NOMBRE DEL EVENTO: Cuidado de Manos.
FECHA: 21-11-2022 **DURACIÓN:**

DICTADO POR
NOMBRE: Sergio León
CARGO / ENTIDAD: Profesional HSEQ Interventoria
FIRMA:

TEMA:
- ☐ SISTEMA INTEGRADO GESTIÓN
- ☐ INDUCCIÓN
- ☐ GESTIÓN SOCIAL
- ☐ CHARLA DIARIA HSE
- ☐ CHARLA TÉCNICA
- ☐ OTRO DIVULGACION Y SOCIALIZACION
- ☐ CAPACITACIÓN (Requiere obligatorio evaluación)
- ☐ ACTIVIDADES DE LA COMPAÑÍA

	NOMBRE DEL ASISTENTE	CARGO / EMPRESA	CÉDULA	FIRMA
1	Yenmel Cardenas	Ing. Residente	1.95.429.618	
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

OBSERVACIONES:

CEINTERS SAS NIT. 900.849.991-3	CONTROL DE ASISTENCIA		
	Código. CA-01	Versión No. 0	Fecha de emisión: 12/10/2022

PROYECTO: CONTRATO 2325/2022

LUGAR / FRENTE: Oficina / operativo

NOMBRE DEL EVENTO: Uso adecuado de EPPS.

FECHA: 24-11-2022 **DURACIÓN:**

DICTADO POR

NOMBRE: Sergio León

CARGO / ENTIDAD: Profesional HSEQ Interventoria

FIRMA:

TEMA:
- ☐ SISTEMA INTEGRADO GESTIÓN
- ☐ INDUCCIÓN
- ☐ GESTIÓN SOCIAL
- ☐ CHARLA DIARIA HSE
- ☐ CHARLA TÉCNICA
- ☐ OTRO DIVULGACION Y SOCIALIZACION
- ☐ CAPACITACIÓN (Requiere obligatorio evaluación)
- ☐ ACTIVIDADES DE LA COMPAÑÍA

	NOMBRE DEL ASISTENTE	CARGO / EMPRESA	CÉDULA	FIRMA
1	Henri Cardenas	Ing. Residente	1.015.429.618	
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

OBSERVACIONES:

CEINTERS SAS NIT. 900.849.991-3	CONTROL DE ASISTENCIA		
	Código. CA-01	Versión No. 0	Fecha de emisión: 12/10/2022

PROYECTO: CONTRATO 2325/2022
LUGAR / FRENTE: Oficina / operativo
NOMBRE DEL EVENTO: Porque el rodo nos afecta.
FECHA: 7-12-2022 **DURACIÓN:**

DICTADO POR
NOMBRE: Sergio León
CARGO / ENTIDAD: Profesional HSEQ Interventoria
FIRMA:

TEMA:
- ☐ SISTEMA INTEGRADO GESTIÓN
- ☐ INDUCCIÓN
- ☐ GESTIÓN SOCIAL
- ☐ CHARLA DIARIA HSE
- ☐ CHARLA TÉCNICA
- ☐ OTRO DIVULGACION Y SOCIALIZACION
- ☐ CAPACITACIÓN (Requiere obligatorio evaluación)
- ☐ ACTIVIDADES DE LA COMPAÑÍA

	NOMBRE DEL ASISTENTE	CARGO / EMPRESA	CÉDULA	FIRMA
1	Yenner Cardenas	Ing. Residente	1015.429.618	
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

OBSERVACIONES:

CEINTERS SAS NIT. 900.849.991-3	CONTROL DE ASISTENCIA		
	Código. CA-01	Versión No. 0	Fecha de emisión: 12/10/2022

PROYECTO: CONTRATO 2325/2022
LUGAR / FRENTE: Oficina / operativo
NOMBRE DEL EVENTO: Comp nos afecta el sol.
FECHA: 12-12-2022 **DURACIÓN:**

DICTADO POR
NOMBRE: Sergio León
CARGO / ENTIDAD: Profesional HSEQ Interventoria
FIRMA:

TEMA:
- ☐ SISTEMA INTEGRADO GESTIÓN
- ☐ INDUCCIÓN
- ☐ GESTIÓN SOCIAL
- ☐ CHARLA DIARIA HSE
- ☐ CHARLA TÉCNICA
- ☐ OTRO DIVULGACION Y SOCIALIZACION
- ☐ CAPACITACIÓN (Requiere obligatorio evaluación)
- ☐ ACTIVIDADES DE LA COMPAÑÍA

	NOMBRE DEL ASISTENTE	CARGO / EMPRESA	CÉDULA	FIRMA
1	Yenner Cardenas	Ing. Residente	1.015.429.618.	
2	Oscar Godoy.	Director Inter	79.049.924.	Oscar Godoy
3	Juan Camilo Calderon	Asesor Estructura	1.079.608.699.	
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

OBSERVACIONES:

CEINTERS SAS NIT. 900.849.991-3	CONTROL DE ASISTENCIA		
	Código. CA-01	Versión No. 0	Fecha de emisión: 12/10/2022

PROYECTO: CONTRATO 2325/2022
LUGAR / FRENTE: Oficina / operativo
NOMBRE DEL EVENTO: Importancia del lavado de frutas y verduras.
FECHA: 14-12-2022. **DURACIÓN:**

DICTADO POR
NOMBRE: Sergio León
CARGO / ENTIDAD: Profesional HSEQ Interventoria
FIRMA:

TEMA:
- ☐ SISTEMA INTEGRADO GESTIÓN
- ☐ INDUCCIÓN
- ☐ GESTIÓN SOCIAL
- ☐ CHARLA DIARIA HSE
- ☐ CHARLA TÉCNICA
- ☐ OTRO DIVULGACION Y SOCIALIZACION
- ☐ CAPACITACIÓN (Requiere obligatorio evaluación)
- ☐ ACTIVIDADES DE LA COMPAÑÍA

	NOMBRE DEL ASISTENTE	CARGO / EMPRESA	CÉDULA	FIRMA
1	Yenner Cardenas.	Ing. Residente.	1.015.429.618	
2	Juan Camilo Calderon.	Asesor Estructural	1.079.608.691	
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

OBSERVACIONES:

CEINTERS SAS NIT. 900.849.991-3	CONTROL DE ASISTENCIA		
	Código. CA-01	Versión No. 0	Fecha de emisión: 12/10/2022

PROYECTO: CONTRATO 2325/2022

LUGAR / FRENTE: Oficina / operativo

NOMBRE DEL EVENTO: Que hacer en caso de un incidente

FECHA: 16- 12- 2022 **DURACIÓN:**

DICTADO POR

NOMBRE: Sergio León

CARGO / ENTIDAD: Profesional HSEQ Interventoria

FIRMA:

TEMA:

- ☐ SISTEMA INTEGRADO GESTIÓN
- ☐ INDUCCIÓN
- ☐ GESTIÓN SOCIAL
- ☐ CHARLA DIARIA HSE
- ☐ CHARLA TÉCNICA
- ☐ OTRO DIVULGACION Y SOCIALIZACION
- ☐ CAPACITACIÓN (Requiere obligatorio evaluación)
- ☐ ACTIVIDADES DE LA COMPAÑÍA

	NOMBRE DEL ASISTENTE	CARGO / EMPRESA	CÉDULA	FIRMA
1	Yenner Cardenas	Ing Residente	1013429618	
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

OBSERVACIONES:

CEINTERS SAS NIT. 900.849.991-3	CONTROL DE ASISTENCIA		
	Código. CA-01	Versión No. 0	Fecha de emisión: 12/10/2022

PROYECTO: CONTRATO 2325/2022

LUGAR / FRENTE: Oficina / operativo

NOMBRE DEL EVENTO: El consancio produce accidentes

FECHA: 19-12-2022. **DURACIÓN:**

DICTADO POR

NOMBRE: Sergio León

CARGO / ENTIDAD: Profesional HSEQ Interventoria

FIRMA:

TEMA:

- ☐ SISTEMA INTEGRADO GESTIÓN
- ☐ INDUCCIÓN
- ☐ GESTIÓN SOCIAL
- ☐ CHARLA DIARIA HSE
- ☐ CHARLA TÉCNICA
- ☐ OTRO DIVULGACION Y SOCIALIZACION
- ☐ CAPACITACIÓN (Requiere obligatorio evaluación)
- ☐ ACTIVIDADES DE LA COMPAÑÍA

	NOMBRE DEL ASISTENTE	CARGO / EMPRESA	CÉDULA	FIRMA
1	Yemel Cardenas	Ing. Residente	1.05.429.618	
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

OBSERVACIONES:

CEINTERS SAS ESTUDIOS E INTERVENTORIAS	ATENCION DE EMERGENCIAS MEDEVAC CEINTERS S.A.S												FECHA	1/08/2022
ITEM	CONTRATO O ORDEN DE SERVICIO	NOMBRE	CARGO	CEDULA	FECHA DE NACIMIENTO	DIRECCION	CELULAR	RH	NOMBRE A QUIEN AVISAR EN CASO DE EMERGENCIA	TELEFONO CONTACTOR PARA AVISAR	EPS	ARL	ALERGIAS	ESTA EN ESTADO DE EMBARAZO (SI-NO-N/A)
1	2325-2022	Oscar Godoy	Directa Inter	79.049.924.	15-05-67	cra 78#116-98	3132074706	B+	Ibon Godoy.	3002774196	Famisanar	SURA	NO	N/A
2	2325-2022	Yenner Cardenas	Ing. Residente	1015. 429.618	17-02- 92	cra 34#28-8	3208491606	O+	Libia cano	3113115034	Sanitas	SURA	NO	N/A
3	2325-2022	Sergio León.	HSEQ.	1.090.425.911	03-10-90	cra 10#26-44	3212605323	A+	Lizeth Perez	3158723064	Sanitas	SURA	NO	N/A
4	2325-2022	Juan C. Calderon	Esp. Estructu	1.070.608.689	18-01-93	cll 12#3-66	3125492859	B-	Andrea Ruiz.	3105831533	Compensar	SURA.	NO.	N/A.
5														
6														
7														
8														
9														
10														

CEINTERS SAS
NIT. 900.849.991-3

Municipio de Puerto Boyacá, octubre 28 de 2022.

SEÑORES.
GOBERNACIÓN DE BOYACÁ
Atn. Rodrigo E. Uricoechea
Supervisor

CERTIFICACIÓN

Yo, JENNIFER CRISTINA QUINTERO ARAQUE, identificada con cedula de ciudadanía No. 1.096.212.308 Exp. En B/bermeja – Stder, en calidad de representante legal de la empresa CONSULTORÍA, ESTUDIOS E INTERVENTORÍAS CIVILES Y AMBIENTALES – CEINTERS SAS, con NIT. 900.849.991-3, me permito manifestar disponibilidad en los equipos, insumos, bienes y servicios requeridos para la ejecución del contrato de interventoria No. 2325 de 2022 de objeto: INTERVENTORIA TÉCNICA, ADMINISTRATIVA, FINANCIERA, JURIDICA, CONTABLE Y AMBIENTAL AL CONTRATO DE OBRA CUYO OBJETO ES REMODELACION Y ADECUACION DEL PARQUE PRINCIPAL DEL MUNICIPIO DE OTANCHE, DEPARTAMENTO DE BOYACA, para lo cual relaciono lo siguiente:

Oficina Principal: Calle 12 No. 5-66 Municipio de Puerto Boyacá
Oficina Sede operativa: AV 6a No.10-25 Municipio de Otanche.
Vehículo movilización personal: Chevrolet 2021.
Equipos de computo y tecnología requeridos para el correcto desarrollo del servicio contratado.

Atentamente,

Ing. JENNIFER C. QUINTERO ARAQUE
R/L CEINTERS SAS
Nit. 900.849.991-3
Municipio de Puerto Boyacá, Boyacá.

Calle12 # 5-66 B/Progreso
Municipio de Puerto Boyacá
Email. ceinters@outlook.es
Contacto. 321 260 5323

SOAT

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

Aseguradora Solidaria de Colombia

¡ Siempre junto a ti !

FECHA DE EXPEDICIÓN AÑO	MES	DÍA	VIGENCIA DESDE LAS 00 HORAS DEL AÑO	MES	DÍA	HASTA LAS 24 HORAS DEL AÑO	MES	DÍA
2022	10	29	2022	10	30	2023	10	29

No. DE PÓLIZA	PLACA No.	CLASE DE VEHÍCULO	SERVICIO	CILINDRAJE/VATIOS	MODELO
4000014001	KCM365	AUTOMOVILES FAMILIARES	PARTICULAR	1000	2021

PASAJEROS	MARCA	CARROCERIA
5	CHEVROLET	HATCH BACK
	LINEA VEHICULO: ONIX	

No. MOTOR	No. CHASIS ó No. SERIE	No. VIN	CAPACIDAD TON.
L4F*193100357*	9BGED48K0MG101012	9BGED48K0MG101012	0,00

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR	TELÉFONO DEL TOMADOR	TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	No. DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR
QUINTERO ARAQUE JENNIFER CRISTINA	3212605323	CC	1096212308	PTO BOYACA

CÓDIGO DE ASEGURADORA	CÓD. SUCURSAL EXPEDIDORA	CLAVE PRODUCTOR	No. FORMULARIO	CIUDAD EXPEDIDORA
1502	400	8764	AT1502 4000014001	BUCARAMANGA

TARIFA	PRIMA SOAT	CONTRIBUCIÓN FOSYGA	TASA RUNT
511	$ 241.400,00	$ 125.500,00	$ 2.100,00

TOTAL A PAGAR : $ 369.000,00

AMPAROS POR VICTIMA	HASTA	
A. GASTOS MÉDICOS QUIRURGICOS, FARMACÉUTICOS Y HOSPITALARIOS	800	SALARIOS MÍNIMOS LEGALES DIARIOS VIGENTES
B. INCAPACIDAD PERMANENTE	180	
C. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS	750	
D. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS	10	

FIRMA AUTORIZADA

Modificación unilateral de la vigencia por duplicidad de amparos: Con el fin de evitar duplicidad de amparos, si la aseguradora evidencia que existe una póliza vigente, la vigencia de la póliza que se expide se modificará, iniciando a partir del vencimiento de la póliza que ya se encuentra registrada en el RUNT

ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA NIT: 860.524.654-6

Para la lectura de este código QR les sugerimos descargar la aplicación "SOAT VIRTUAL" que se puede descargar desde cualquier celular Android o iOS.

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 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.

Aseguradora Solidaria de Colombia
NIT: 860.524.654-6

Seguro de Automóviles
SOLI PARTICULAR FAMILIAR

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS:
4006805958

Somos la Sexta Mejor Empresa para Trabajar en Colombia — Great Place To Work. Los Mejores Lugares para Trabajar COLOMBIA 2021
Somos la Novena Mejor Empresa para Trabajar en América Latina — Great Place To Work. Los Mejores Lugares para Trabajar AMÉRICA LATINA 2021

FECHA DE EXPEDICIÓN
Día **03** Mes **10** Año **2022**

VIGENCIA DE LA PÓLIZA: Inicia Día **26** Mes **10** Año **2022** a las 23:59 horas y termina Día **26** Mes **10** Año **2023** a las 23:59 horas **365 Días**

VIGENCIA DEL ANEXO: Inicia Día **26** Mes **10** Año **2022** a las 23:59 horas y termina Día **26** Mes **10** Año **2023** a las 23:59 horas **365 Días**

Agencia Expedidora: **CABECERA**
PAP: **19960 - PUNTO DE VENTA PAULA CRUZ GUALDRON**
Póliza Individual: **994000002608** Anexo: **1** Tipo de Movimiento: **RENOVACION** Modalidad de Facturación: **ANUAL** Tipo de Impresión: **IMPRESION**
Póliza Matriz:

TOMADOR NOMBRE: **JENNIFER CRISTINA QUINTERO ARAQUE** TIPO DE DOCUMENTO: **CC** No. **1096.212.308**
DIRECCIÓN: **CALLE 12 #5 - 66, PROGRESO** CIUDAD: **PTO BOYACA, BOYACA** TELÉFONO: **3212605323**

ASEGURADO NOMBRE: **JENNIFER CRISTINA QUINTERO ARAQUE** TIPO DE DOCUMENTO: **CC** No. **1096.212.308**
DIRECCIÓN: **CALLE 12 #5 - 66, PROGRESO** CIUDAD: **PTO BOYACA, BOYACA** TELÉFONO: **3212605323**

BENEFICIARIO NOMBRE: **G.M. FINANCIAL COLOMBIA S.A. COMPAÑIA DE FINANCIAMIENTO** TIPO DE DOCUMENTO: **NIT** No. **860.029.396-8**

DATOS DEL RIESGO

PLACA: **KCM365** MARCA Y TIPO: **CHEVROLET - ONIX [2] RS MT 1000CC 5P T** MODELO: **2021** CLASE: **AUTOMOVIL**
COLOR: **BLANCO** MOTOR: **L4F*193100357*** CHASIS: **9BGED48K0MG101012** DISPOSITIVO DE SEGURIDAD: **NO**
ZONA CIRCULACIÓN: **BOYACA-PTO BOYACA** COD. FASECOLDA: **01601339** DESCUENTOS: TÉCNICO: COMERCIAL: PROMOCIONAL:
ACCESORIOS DESCRIPCIÓN: **PELICULA DE SEGURIDAD GENERICO GENERICO.** VALOR: **170,000.00**

PARTICULAR FAMILIAR ELITE

Coberturas para Usted	Suma Asegurada	Deducible
RESP. CIVIL EXTRACONTRACTUAL	3,000,000,000.00	No Aplica
ASIST. JURIDICA	Si Ampara	

Coberturas para su Vehículo	Suma Asegurada	Deducible
PERDIDA TOTAL POR DAÑOS	61,770,000.00	No Aplica
PERDIDA PARCIAL POR DAÑOS	61,770,000.00	950,000
PERDIDA TOTAL POR HURTO	61,770,000.00	No Aplica
TERREMOTO	61,770,000.00	10% Vr. Pérdida - Mínimo 1 SMMLV
TERRORISMO Y OTROS EVENTOS	61,770,000.00	10% Vr. Pérdida - Mínimo 1 SMMLV
PERDIDA PARCIAL POR HURTO	61,770,000.00	950,000

Coberturas Adicionales	Suma Asegurada	Deducible
PROTECCION PATRIMONIAL	Si Ampara	No Aplica
GASTOS DE TRANSPORTE POR PERD. TOTAL.	$30.000 X 30 dias	No Aplica
ASISTENCIA SOLIDARIA	Si Ampara	No Aplica
REEMBOLSO DE GASTOS EXEQUIALES	Límite Aseg. 3 SMM	No Aplica
VEHICULO DE REEMPLAZO PT Y PP	PP 7 dias y PT 30	No Aplica
ASISTENCIA A LLANTAS ESTALLADAS	Hasta 1 SMMLV	No Aplica
ASISTENCIA A VIDRIOS LATERALESESTALLADOS	Hasta 1 SMMLV	No Aplica
AUXILIO DE AP AL CONDUCTOR	$10.000.000	No Aplica
AUXILIO GAST. LIBERACION ANTE AUTORIDAD	5% del Valor del v	No Aplica
LLAVES CODIFICADAS EXTRAVIADAS	Hasta 1 SMMLV	No Aplica

Nota: El valor de los accesorios está incluido en la Suma Asegurada. SMMLV: Salario Mínimo Mensual Legal Vigente
El Condicionado General de Automóviles lo podrá consultar en la página https://www.aseguradorasolidaria.com.co

VALOR ASEGURADO TOTAL:	PRIMA NETA:	GASTOS DE EXPEDICION:	IVA-RÉGIMEN COMÚN:	PRIMA TOTAL A PAGAR:
$ *3,061,770,000.00	**$ ********1,524,041**	**$****10,000.00**	**$ ******291,468**	**$ ********1,825,508**

INTERMEDIARIO	CLAVE	TELÉFONO	%PART
PAULA ANDREA CRUZ GUALDRON	8764		100.00

COASEGURO: CEDIDO: ACEPTADO:	VALOR ASEGURADO	%PART

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

FIRMA ASEGURADOR **FIRMA TOMADOR**

NOTIFICACIONES A LA ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 8 y 12 Bogotá www.solidaria.com.co Línea Solidaria #789 gratis desde cualquier celular

CLIENTE

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

GRAN CONTRIBUYENTE RES.2509 DIC/93 - RÉGIMEN COMÚN - ACTIVIDAD ECONÓMICA 6601, ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCIÓN EN LA FUENTE

Aseguradora Solidaria de Colombia
NIT: 860.524.654-6

Seguro de Automóviles

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS:
4006805958

Somos la Sexta Mejor Empresa para Trabajar en Colombia — Great Place To Work. Los Mejores Lugares para Trabajar COLOMBIA 2021
Somos la Novena Mejor Empresa para Trabajar en América Latina — Great Place To Work. Los Mejores Lugares para Trabajar AMÉRICA LATINA 2021

FECHA DE EXPEDICIÓN
Día **03** Mes **10** Año **2022**

VIGENCIA DE LA PÓLIZA: Inicia Día **26** Mes **10** Año **2022** a las 23:59 horas y termina Día **26** Mes **10** Año **2023** a las 23:59 horas **365** Días

VIGENCIA DEL ANEXO: Inicia Día **26** Mes **10** Año **2022** a las 23:59 horas y termina Día **26** Mes **10** Año **2023** a las 23:59 horas **365** Días

Agencia Expedidora: **CABECERA** PAP: **19960 - PUNTO DE VENTA PAULA CRUZ GUALDRON**
Póliza Individual: **994000002608** Anexo: **1** Tipo de Movimiento: **RENOVACION** Modalidad de Facturación: **ANUAL** Tipo de Impresión:
Póliza Matriz:

TOMADOR NOMBRE: **JENNIFER CRISTINA QUINTERO ARAQUE** TIPO DE DOCUMENTO: **CC** No. **1096.212.308**
DIRECCIÓN: **CALLE 12 #5 - 66, PROGRESO** CIUDAD: **PTO BOYACA, BOYACA** TELÉFONO: **3212605323**

ASEGURADO NOMBRE: **JENNIFER CRISTINA QUINTERO ARAQUE** TIPO DE DOCUMENTO: **CC** No. **1096.212.308**
DIRECCIÓN: **CALLE 12 #5 - 66, PROGRESO** CIUDAD: **PTO BOYACA, BOYACA** TELÉFONO: **3212605323**

BENEFICIARIO NOMBRE: **G.M. FINANCIAL COLOMBIA S.A. COMPAÑIA DE FINANCIAMIENTO** TIPO DE DOCUMENTO: **NIT** No. **860.029.396-8**

TEXTO ITEM 1

Esta póliza se rige bajo el clausulado Cód. 11/06/2021-1502-P-03-AUTOS-CL-SUSA-01-DR01 11/06/2021-1502-NT-P03-P110621MAA14A140

Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa se permite informar que a partir de la presente renovación no se incluyen las siguientes coberturas complementarias en los productos:

Familiar Élite: Amortiguadores Estallados y Accesorios Especiales;
Familiar Premium: Amortiguadores Estallados;
Familiar Plus: Vidrios Laterales Estallados y Amortiguadores Estallados
Soli Familiar al 100%, SOli Familiar al 90%, Mujer Solidaria al 90%, Mujer Solidaria al 100%: Vidrios Laterales Estallados y Amortiguadores Estallados

CLAUSULA DE REPOSICION
==========

EN CASO DE UNA PÉRDIDA TOTAL, SE TIENE LA OPCIÓN DE REALIZAR LA REPOSICIÓN DE VEHÍCULO, PARA LO CUAL EL DEDUCIBLE DISMINUYE EN UN 10% A LO ESTIPULADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA.

AUXILIO DE ACCIDENTES PERSONALES AL CONDUCTOR

==========

Siempre y cuando en la carátula de la póliza se indique expresamente este auxilio, la Compañía cubre la muerte o incapacidad total y permanente que sufra el conductor (si es el mismo asegurado) o el conductor autorizado, en el vehículo automotor descrito en la carátula de la póliza, ocurrida como consecuencia única y exclusiva de un accidente de tránsito, es decir un acontecimiento súbito, accidental, e independiente de su voluntad.
El conductor del vehículo asegurado deberá contar con la licencia de conducción vigente, expedida por la autoridad competente.

El auxilio por muerte es excluyente del auxilio por incapacidad total y permanente otorgados por esta cobertura.

El presente auxilio cubrirá un (1) solo evento por vigencia.

Definición:

- Muerte Accidental: Si como consecuencia del accidente de tránsito, el conductor fallece dentro de los 180 días siguientes a la ocurrencia del mismo, la Compañía pagará a los beneficiarios de ley indicados en el artículo 1142 del Código de Comercio, la suma asegurada para este auxilio indicada en la carátula de la póliza.

- Incapacidad Total y Permanente: Si como consecuencia de un accidente de tránsito en el vehículo asegurado, el conductor sufriere una lesión o lesiones que le generaren una incapacidad total y permanente diagnosticada dentro de los 180 días siguientes a la ocurrencia del accidente, la Compañía pagará el valor indicado en la carátula de la póliza.
Para este auxilio se entenderá por incapacidad total y permanente, las lesiones orgánicas o alteraciones funcionales incurables que de por vida impidan al conductor desempañar cualquier ocupación o empleo remunerado, certificada con un 50% o más por el ente regulador.

Exclusiones:
- El Homicidio, salvo el ocurrido en accidente de tránsito.
- Suicidio voluntario.
- En ejercicio de funciones de tipo militar, policivo, seguridad o vigilancia pública o privada.
- El fallecimiento ocurrido después de los 180 días siguientes a la ocurrencia del accidente.
- El lucro cesante del asegurado o el conductor.
- Los perjuicios morales, objetivados o subjetivados o de cualquier otra índole, del conductor o su grupo familiar.

Documentos en Caso de Siniestro:
La Compañía pagará el valor del auxilio descrito en la caratula de la póliza, una vez se aporten los siguientes documentos:
- Fotocopia de cédula del conductor
- Informe Policial de Accidentes de Transito
- Registro Civil de Defunción (en caso de muerte)
- Registro Civil de Matrimonio (en caso de muerte)
- Documento que acredite la calidad de compañero (a) permanente (en caso de muerte)
- Documento de identidad de Beneficiarios (en caso de muerte)
- Dictamen de la Junta de Calificación de Invalidez (en caso de incapacidad total y permanente).

CLÁUSULA DE BENEFICIARIO ONEROSO Y RENOVACIÓN AUTOMATICA

CLIENTE

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

GRAN CONTRIBUYENTE RES.2509 DIC/93 - RÉGIMEN COMÚN - ACTIVIDAD ECONÓMICA 6601, ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCIÓN EN LA FUENTE

Aseguradora Solidaria de Colombia
NIT: 860.524.654-6

Seguro de Automóviles

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS:
4006805958

Somos la Sexta Mejor Empresa para Trabajar en Colombia — Great Place To Work. Los Mejores Lugares para Trabajar COLOMBIA 2021
Somos la Noveno Mejor Empresa para Trabajar en América Latina — Great Place To Work. Los Mejores Lugares para Trabajar AMÉRICA LATINA 2021

FECHA DE EXPEDICIÓN
Día **03** Mes **10** Año **2022**

VIGENCIA DE LA PÓLIZA: Inicia Día **26** Mes **10** Año **2022** a las 23:59 horas y termina Día **26** Mes **10** Año **2023** a las 23:59 horas **365** **Días**

VIGENCIA DEL ANEXO: Inicia Día **26** Mes **10** Año **2022** a las 23:59 horas y termina Día **26** Mes **10** Año **2023** a las 23:59 horas **365** **Días**

Agencia Expedidora: **CABECERA**
PAP: **19960 - PUNTO DE VENTA PAULA CRUZ GUALDRON**
Póliza Individual: **994000002608**
Anexo: **1**
Tipo de Movimiento: **RENOVACION**
Modalidad de Facturación: **ANUAL**
Tipo de Impresión:
Póliza Matriz:

TOMADOR NOMBRE: **JENNIFER CRISTINA QUINTERO ARAQUE** TIPO DE DOCUMENTO: **CC** No. **1096.212.308**
DIRECCIÓN: **CALLE 12 #5 - 66, PROGRESO** CIUDAD: **PTO BOYACA, BOYACA** TELÉFONO: **3212605323**

ASEGURADO NOMBRE: **JENNIFER CRISTINA QUINTERO ARAQUE** TIPO DE DOCUMENTO: **CC** No. **1096.212.308**
DIRECCIÓN: **CALLE 12 #5 - 66, PROGRESO** CIUDAD: **PTO BOYACA, BOYACA** TELÉFONO: **3212605323**

BENEFICIARIO NOMBRE: **G.M. FINANCIAL COLOMBIA S.A. COMPAÑIA DE FINANCIAMIENTO** TIPO DE DOCUMENTO: **NIT** No. **860.029.396-8**

TEXTO ITEM 1

QUEDA ENTENDIDO Y CONVENIDO QUE ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA RESPONDERA EN PRIMER LUGAR A BANCO Gm Financial Colombia Sa Compañia De Financiamiento TODAS LAS PERDIDAS PROVENIENTES DE DAÑOS FISICOS Y/O PÉRDIDA DEL RIESGO Y HASTA POR EL MONTO DE LA DEUDA EN EL MOMENTO DEL SINIESTRO. LA RESPONSABILIDAD DE ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA RESPECTO DEL SEGUNDO BENEFICIARIO, SERA LA DIFERENCIA ENTRE EL MONTO DE LA INDEMNIZACION Y EL SALDO PENDIENTE DE LA DEUDA.

LA POLIZA TIENE RENOVACION AUTOMATICA SALVO FUERZA MAYOR QUE LO IMPIDA. LA REVOCACION DE LA PRESENTE POLIZA O NO RENOVACION DE LA MISMA O CUALQUIER MODIFICACION POR PARTE DE ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA SE DEBERA REALIZAR CON AVISO A BANCO Gm Financial Colombia Sa Compañia De Financiamiento CON 30 DIAS DE ANTELACION.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

GRAN CONTRIBUYENTE RES.2509 DIC/93 - RÉGIMEN COMÚN - ACTIVIDAD ECONÓMICA 6601, ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCIÓN EN LA FUENTE

CLIENTE

HOJA DE DATOS DE SEGURIDAD DE PRODUCTOS QUÍMICOS (HDS)

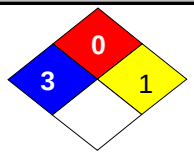
Fecha de versión ago-16
Versión : 1

1. Identificación del producto químico y de la empresa

Nombre del producto	:	Hipoclorito de sodio
Usos recomendados	:	
Restricciones de uso	:	
Proveedor	:	Química Universal Ltda.
Dirección del proveedor	:	Lo zañartu 092, Quilicura.
Número de teléfono de proveedor	:	603 1883 / 627 0272
Número de teléfono de emergencias y de información toxicológica de Chile	:	CITUC (562) 26353800
E-mail	:	Ventas@quimicauniversal.cl

2. Identificación de los peligros

Clasificación de riesgo NFPA
Salud: 3 **Inflamabilidad:** 0 **Reactividad:** 1





Clasificación de riesgo HMIS
Salud: 3 **Inflamabilidad:** 0 **Reactividad:** 1

Nombre química	:	Hipoclorito de sodio al 10%
Sinónimos	:	Hipoclorito de sodio, Pro-clor, Acido hipocloroso, sal sódica.
Fórmula química	:	NaOCl
N° CAS	:	7681-52-9
N° UN	:	1791

3. Composición/ información de los componentes

Riesgo para la salud de las personas

Efectos de una sobre exposición aguda (por una sola vez)

Inhalación	:	A nuestro saber, no hay efectos conocidos.
Contacto con la piel	:	Dermatitis.
Contacto con los ojos	:	Irritación.
Ingestión	:	a nuestro saber, no hay efectos conocidos.
Efectos de una sobre exposición crónica (largo plazo)	:	Inhalación: quemaduras, tos, edema pulmonar. Contacto con la piel: quemaduras. Contacto con los ojos: quemaduras, daño a la vista, ceguera. Ingestión: Irritación a las membranas mucosas por lo que provoca quemaduras en la boca, además dolor estomacal náuseas y vómitos.
Condiciones médicas que se verán agravadas con la exposición al producto	:	No hay información disponible.
Efectos sobre el medio ambiente	:	No infiltrar en terreno, cursos de agua, alcantarillados, drenajes, vegetación. Esta sustancia puede ser dañina para la vida acuática en bajas concentraciones.
Resumen tratamiento de emergencia	:	Recoger el material derramado, depositar en un recipiente adecuado para su disposición final. Nº Guía GRENA 154.
Riesgos específicos	:	No hay información disponible.
Nombre común genérico	:	HIPOCLORITOS EN SOLUCIÓN (Hipoclorito de sodio)

4. Primeros auxilios

En caso de contacto accidental con el producto, proceder de acuerdo con:

a) Inhalación	:	Si ocurre una emergencia, Lleve a la persona a una área ventilada. Dé respiración artificial, si no está respirando. Si la respiración es dificultosa, se debe administrar oxigeno por personal calificado. Si la respiración o pulso están detenidos, personal entrenado debe aplicar resucitación cardiopulmonar y llamar a servicios de emergencia inmediatamente.
b) Contacto con la piel	:	Lavar con abundante agua zona afectada. Remueva ropa, joyas y zapatos contaminados. Lavé y seque completamente las ropas y zapatos contaminados antes de volver a utilizarlos. En caso de presentar irritación Solicite atención médica inmediatamente.
c) Contacto con los ojos	:	Lavar los ojos con abundante agua al menos por 15 minutos, con los parpados abierto para asegurar un buen lavado. Enjuagar los ojos en cuestión de segundos es esencial para lograr la máxima eficacia. Sí presenta malestar e irritación solicitar atención médica inmediatamente.
d) Ingestión	:	Nunca de nada en la boca a una persona inconsciente o con convulsiones. Si tragó el producto, no induzca el vomito. Dé grandes cantidades de agua. Si vomita espontáneamente, mantenga las vías aéreas despejadas. Dé mas agua cuando haya dejado de vomitar. Busque atención médica inmediatamente.
Efectos más importante	:	No hay información disponible.
Notas para médico tratante	:	La ausencia de signos visibles o síntomas de quemaduras no excluye la presencia de daños reales en los tejidos.

5. Medidas para lucha contra incendios

Agente de extinción y agentes inapropiados	:	Use agentes de extinción apropiados para el fuego circundante.
Peligros de fuego y explosión	:	Puede liberar gases tóxicos.
Combate del fuego	:	Use equipo de respiración autónomo de presión positiva aprobado por NIOSH. Si puede hacerlo sin riesgo, retire el recipiente del área de incendio. Evite la inhalación del material o de los productos de la combustión. Manténgase en contra del viento con respecto a la fuga y aléjese de lugares bajos.
Productos peligrosos de la combustión	:	Productos combustibles como cloruro de hidrógeno, cloro.
Materiales que deben evitarse	:	La mayoría de los metales, ácidos, componentes del amoniaco, materiales oxidantes, peróxidos, agentes reductores.

6. Medidas que se deben tomar en caso de derrame accidental

Medidas de emergencia a tomar si hay derrame de material	:	Retire las fuentes de ignición. Detenga la fuga si es posible, sin correr riesgo personal. Remueva con una pala el material seco e introdúzcalo en un recipiente apropiado. El material líquido debe ser removido por un camión de aspirado. Evite que el material fluya hacia cursos de agua y sistemas de desagüe. Considere ubicar al personal en contra del viento y alejado de lugares bajos. La evacuación del lugar será necesaria cuando hay grandes derrames.
Precauciones personales, equipo de protección y procedimientos de emergencia	:	Usar ropa de protección completa incluyendo casco, equipo de aire autónomo de presión positiva

Medidas a tomar en caso de derrames, fugas o pérdidas sobre superficies o espacios específicos tales como pavimento, suelo natural y cuerpos de aguas	:	Este material es alcalino y puede elevar el pH de las aguas superficiales con una baja capacidad de tampón. Debe informarse de derrames o escapes, si así está prescrito, a las agencias municipales, gubernamentales o locales pertinentes.

7. Manipulación y almacenamiento

Manipulación		Evite inhalar el vapor o niebla. Evite el contacto con ojos, piel o ropa. Si manipula lave completamente. Manipule solamente en áreas con ventilación adecuada.
Precauciones específicas de manipulación para la prevención del contacto con sustancias o mezclas incompatibles	:	Mantener lejos de fuentes de ignición. No fumar. Mantener envases cerrados cuando no se use. Mantener alejado de la mayoría de los metales, ácidos, componentes del amoniaco, materiales oxidantes, peróxidos, agentes reductores.
Ventilación general y local	:	Use sistemas cerrados cuando sea posible. Proporcione extracción local cuando pueda generarse vapor. Asegure de respetar los límites de exposición aplicables.
Almacenamiento		
Condiciones de almacenamiento seguro	:	Almacene y manipule de acuerdo a los estándares y regulaciones vigentes. Almacene en un lugar fresco y seco. Almacene en recipientes resistentes a la corrosión, tales como titanio, tantalium, FRP, polietileno y acero revestido en material impermeable (PVC, FRP, u otros materiales adecuados) que poseen un adecuado dispositivo de alivio. Almacene en áreas bien ventiladas. Evite la luz solar directa. Evite el calor, llamas, chispas y otras fuentes de ignición. Mantenga separado de sustancias incompatibles.

8. Controles de Exposición / Protección personal

Medidas para reducir la posibilidad de exposición	:	Proveer de ventilación adecuada en lugares de trabajo. Se recomienda disponer de ducha y lavador de ojos en zonas de trabajo. Manipular con elementos de protección personal adecuados
Límites de exposición		
Hipoclorito de sodio	:	2 mg/m3 valor recomendado por la Asociación de Higiene Industrial de los Estados Unidos (AIHA) como limite de exposición de corto plazo (STEL) de 15 minutos (limite de exposición en el medio ambiente de trabajo).
Hidróxido de sodio	:	LPA: 2mg/m3.
Ventilación	:	Use sistemas cerrados cuando sea posible. Proporcione extracción local cuando pueda generarse vapor. Asegure de respetar los límites de exposición aplicables.
Protección de ojos	:	Utilice gafas de seguridad química con careta de protección. Instale una fuente para el lavado de emergencia de los ojos y una ducha a presión en la zona de trabajo inmediato.
Protección de la piel y del cuerpo	:	Utilice ropa resistente a los productos químicos y botas de caucho cuando exista posibilidad de entrar en contacto con el material. La vestimenta contaminada debe ser removida, luego deseche o lave. Utilice guantes resistentes a los químicos.
Tipos de materiales de protección	:	Caucho natural, neopren, nitrilo, cloruro de polivinilo.

Medidas de higiene	:	Mantener aseadas áreas de almacenamiento, con señalética de seguridad correspondiente. Mantener el producto lejos de alimentos y condimentos. Lavarse las manos antes de una pausa y al término del trabajo. No fumar, comer, beber en las áreas de trabajo. Guardar la ropa del trabajo separada.
Precauciones especiales	:	Respirador: utilizar un respirador aprobado por NIOSH con filtros N95 (polvo, humo, niebla) bajo circunstancias en donde se espera que las concentraciones ambientales excedan los límites de exposición o cuando se han observado síntomas que indican una sobre exposición. Cuando hay descomposición del producto también se requieren cartuchos para gases ácidos. Para concentraciones de hasta 10 veces el limite de exposición aceptable se debe utilizar un respirador de purificación de aire (tipo trompa) y para concentraciones hasta 50 veces el limite de exposición aceptable se debe utilizar un respirador de purificación de aire que cubra toda la cara. Se debe usar aire de suministro externo cuando los niveles esperados están por sobre 50 veces el limite de exposición aceptable o cuando exista el potencial de una fuga no controlada.

9. Propiedades físicas y químicas

Estado Físico	:	Líquido
Apariencia	:	Clara. Color transparente a amarillo pálido.
Color	:	Transparente a amarillo pálido.
Olor	:	Característico del hipoclorito de sodio.
Punto de ebullición	:	110ºC (230ºF)
Punto de congelamiento	:	No disponible.
Punto de descomposición	:	110 °C (230 °F)
Presión de vapor	:	No disponible.
Densidad del vapor	:	No disponible.
Densidad	:	1.16 g/mL
Solubilidad en agua	:	100%
Cloro disponible	:	9 % - 11 %
PH	:	14
Volatibilidad	:	No disponible.
Umbral del olor	:	2 ppm aproximadamente
Velocidad de evaporación	:	No disponible.
Coeficiente de distribución en agua/ aceite	:	No disponible.

10. Estabilidad y reactividad

Estabilidad	:	Estable. Se puede descomponer por exposición al calor y a la luz solar.
Reacciones de riesgo	:	
Condiciones que se deben evitar	:	El calor, llamas, chispas y otras fuentes de ignición. Evite la luz solar directa.
Materiales que deben evitarse	:	La mayoría de los metales, ácidos, componentes del amoniaco, materiales oxidantes, peróxidos, agentes reductores.
Productos de descomposición peligrosa	:	Combustión de productos (cloruro de hidrogeno, cloro). Productos de termo descomposición (gas cloro).

11. Información Toxicológica

Toxicidad aguda	:	La toxicidad y corrosividad de este producto se mide en función de la concentración y el pH. Este material es irritante y puede ser corrosivo en todos los tejidos. La inhalación puede ocasionar tos, ahogo, irritación y edema pulmonar. En contacto con los ojos puede irritar u ocasionar daño permanente a la vista (ceguera). En contacto con la piel, puede ser irritante y corrosivo. La exposición prolongada de la piel puede causar dermatitis. La ingestión no es una ruta normal de exposición. La ingestión puede causar irritación, corrosión del tracto intestinal, dolor y vómitos.
Toxicidad Crónica y Carcinogénesis	:	No hay información disponible.
Sensibilización alérgica	:	No hay información disponible.
Efectos debido a exposición continua	:	El contacto prolongado o repetido con la piel puede producir dermatitis.
Efectos específicos	:	No hay información disponible.
Formas y vías de ingreso	:	Por contacto con ojos y piel. Inhalación, ingestión.

12. Información Ecológica

Toxicidad para la pesca	:	Se estima que este material tiene un moderado grado de toxicidad basado en materiales similares.
Persistencia-Degradabilidad	:	Se estima que este material no persiste en el medioambiente.
Bio acumulación	:	Se cree que este material no es bioacumulable.
Efectos sobre el medio ambiente	:	Este material puede ser dañino para la vida acuática en bajas concentraciones.

13. Información sobre Disposición Final

Disposición del producto	:	Reutilice y reprocese si es posible. Los recipientes deben ser lavados tres veces de acuerdo a las instrucciones de la etiqueta. Disponga del producto de acuerdo a lo establecido en el DS Nº 148 sobre manejo sanitario de residuos peligrosos.
Disposición de embalaje/ envase contaminado	:	Deseche el producto de acuerdo a todas las normas apropiadas. Los envases con restos de hipoclorito de sodio son considerados desechos peligrosos y deben ser dispuestos como tal en un relleno de seguridad, de acuerdo a lo establecido en el DS Nº 148.

14. Información sobre Transporte

Nombre apropiado del envío	:	Hipoclorito de sodio.
Número de identificación	:	UN 1791
Clase o división de riesgo	:	8
Grupo de embalaje	:	III
Requisitos de etiquetado	:	8
Distintivos aplicables NCh 2190		

15. Información reglamentaría		
Marcas en etiqueta	:	HIPOCLORITOS EN SOLUCIÓN (Hipoclorito de sodio). Corrosivo. Clase 8.
Normas nacionales aplicables	:	D.S. 594/99 del Ministerio de Salud “Reglamento sobre condiciones sanitarias y ambientales básicas en los lugares de trabajo”. D.S. 298/94 del Ministerio de Transporte “Reglamento sobre transporte de cargas peligrosas por calles y caminos”. D.S. 148/2003 del Ministerio de Salud “Reglamento sanitario sobre manejo de residuos peligrosos”. NCh 382 Of. 2004: Sustancias peligrosas – Clasificación General. NCh 2245 Of. 2003: Sustancias químicas – Hojas de datos de seguridad – Requisitos. NCh 2120/8 Of. 2004: Sustancias peligrosas – Parte 8: Clase 8 – Sustancias corrosivas. NCh 2190 Of. 2003: Transporte de sustancias peligrosas – Distintivos para identificación de riesgos. NCh 2137 Of. 1992: Sustancias peligrosas – Embalajes / Envases – Terminología, Clasificación Designación. NCh 2425 Of. 1998: Sustancias corrosivas – Hipoclorito de sodio en solución – Disposiciones de Seguridad para el transporte. NCh 2809 Of. 2003: Hipoclorito de sodio en solución para uso domestico – Requisitos.
Normas internacionales aplicables	:	IMDG / IATA / NU / NFPA / TSCA / SARA / OSHA

16. Otras Informaciones
Los datos consignados en esta hoja de datos fueron obtenidos de fuentes confiables. Sin embargo, se entregan sin garantía expresa o implícita respecto de su exactitud o corrección. Las opiniones expresadas en este formulario son las de profesionales capacitados de Química Universal Ltda. la información que se entrega en él es la conocida actualmente sobre la materia. Considerando el uso de esta información y de los productos está fuera del control de Química Universal Ltda., la empresa no asume responsabilidad alguna por este concepto. determinar las condiciones de uso seguro del producto es obligación del usuario.

NIT. 900331937-0
SOMEDIN IPS
Salud Ocupacional y Medicina Integral
Cra. 4 No 21-05 Barrio Plan de Vivienda Puerto Boyacá - Boyacá
Cel. 311 455 1388 - 315 390 9559 - Tel. 7383858
E-mail. somedinipsltda@hotmail.com
servicioalcliente@somedinips.com
www.somedinips.com

Código:	SS-F-05
Versión:	01
Fecha:	JULIO-13-2015



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 54.838

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
06 DÍA	10 MES	2022 AÑO	PUERTO BOYACÁ (BOYACÁ, COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

CONSULTORIA, ESTUDIOS E INTERVENTORIAS CIVILES Y AMBIENTALES - CENTERS SAS

Empresa en misión

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
CARDENAS COMAS YENNER FRANCISCO	MASCULINO	30 AÑOS 7 MESES 18 DÍAS	CC (Tipo)	1015429618 (Número)

Cargo
INGENIERO RESIDENTE

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO

Observaciones: *NO APLICA*

NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos) **N/A**

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

AUDIOMETRÍA	✓	EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	✓
VISIOMETRÍA	✓	GLICEMIA	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USO DE GAFAS PARA VISION DE LEJOS	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HÁBITOS SALUDABLES
AUDIOMETRIA DE CONTROL DE ACUERDO CON LOS PARAMETROS DEL PVE AUDITIVO DE LA EMPRESA	INCLUIR EN LOS PVE DE LA EMPRESA SEGÚN LOS RIESGOS DE EXPOSICIÓN	CONTROL DE PESO : BAJAR DE PESO
VISIOMETRIA DE CONTROL DE ACUERDO CON LOS PARAMETROS DEL PVE VISUAL DE LA EMPRESA		HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Dra. Astrid Buelvas Bastos
Med. Espec. en Salud Ocupacional
R.M. 0813 Lic. en S. Ocupac. 3596

Firma:

Nombre: BUELVAS BASTOS ASTRID

R. M.: 0813 **L.S.O.:** 3596

Código de Seguridad
H128N1T54838

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: CARDENAS COMAS YENNER FRANCISCO

CC: 1015429618



Dra. ELIANA BEATRIZ ARAUJO GIL
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
FUSM – UNINORTE
RM 1555804
RES 7050 DE 11/07/2011
RES 11117 DE 3/08/2021

CONCEPTO DE APTITUD MEDICO OCUPACIONAL

FECHA:	20/09/2022
VERSION:	4
PAG:	1 DE 1

FECHA: DIA: 11 MES: 10 AÑO: 2022 CIUDAD: PUERTO BOYACA

MOTIVO DE LA EVALUACION MEDICA: EMPRESA: CEINTERS SAS

1. PREINGRESO X 2. PERIODICO 3.OTRO

1. DATOS PERSONALES

NOMBRES Y APELLIDOS: SERGIO ALEXANDER LEON GUIZA

IDENTIFICACION: 1.090.425.911

CARGO DESEMPEÑADO / A DESEMPEÑAR: PROFESIONAL HSEQ EDAD:32AÑOS

2. PARACLINICOS

LABORATORIOS: GLICEMIA NORMAL , CUADRO HEMATICO ALTERADO , PERFIL LIPIDICO NORMAL

AUDIOMETRIA: NORMAL

ESPIROMETRIA: NORMAL

VISIOMETRIA: NORMAL

OTROS:

SE LLENA FICHA PARA COVID-19 SIN DATO POSITIVO PARA SOSPECHA Y CLINICAMENTE NO ALTERACION EN VIA RESPIRATORIA

3. HALLAZGOS Y DIAGNOSTICO

USO DE TAPABOCAS

USO DE PROTECCIÓN SOLAR

	RECOMENDACIONES	
Trabajador con aptitudes fisicas adecuadas para el cargo al que aspira:	X	
Trabajador con aptitudes fisicas para el cargo bajo recomendaciones preventivas:		
Trabajador con aptitudes fisicas diferentes a las requeridas para el cargo al que aspira:		
Requiere nueva valoracion:		
Examen Peridico Satisfactorio?	SI	NO

4. OBSERVACIONES , RECOMENDACIONES Y RESTRICCIONES

S.V.E	VISUAL	VOZ	AUDITIVO	OSTEOMUSCULAR	METABOLICO	PSICOSOCIAL	CARDIOVASCULAR	BIOLOGICO	RESPIRATORIO	QUIMICO

SALUD OCUPACIONAL: Control de Salud ocupacional periódico, completar esquema de vacunación de acuerdo a los riesgos presentes en la empresa, capacitaciones en utilización EPP adecuadamente, Higiene Postural, seguir protocolo de ergonomía de la empresa, incluido levantamiento y transporte de cargas, pausas activas incluir estiramiento muscular, cuidado de la columna, cambio de posición a necesidad, protección solar. Durante la emergencia covid-19 la empresa debe asegurar el cumplimiento de medidas de bioseguridad.

GENERALES: hidratación adecuada (AGUA), protección solar adecuada, hábitos saludables: dieta adecuada y ejercicio físico 150 minutos a la semana con una duración no menor a 30 minutos por sesión, reportar las condiciones de trabajo que pueden ser generadoras de accidentes laborales.disminuir de peso, continuar control por su EPS por patologia de base,medidas antivarices, iniciar estiramiento muscular para disminuir riesgo osteomuscular . aumentar el consumo de folato y control por su EPS, igual formula optica.en actividades que no requiera alturas o riesgo de caida a mas de 2 metros.

TODAS LAS RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES DEBEN SER DE ESTRICTO CUMPLIMIENTO Y SEGUIMIENTO POR PARTE DEL TRABAJADOR Y DE LA EMPRESA.

DRA. ELIANA ARAUJO GIL
Especialista en Salud Ocupacional
C.C.22792977
Fusm - Uni Norte
R.M. 1555804
Res. 11117 de 03/08/2021

Registro No. RES. 11117 DE 03/8/2021

ANEXAR A LA HOJA DE VIDA DEL TRABAJADOR

FIRMA DEL TRABAJADOR

NOTA: Previamente a este examen he sido informado por la empresa y el medico examinador, de las exigencias de ley para su realización, por lo cual certifico que he firmado el consentimiento para que se me realice, incluyendo los exámenes de laboratorios y las diferentes ayudas paraclínicas, establecidas para el cargo dentro del programa de salud ocupacional de la empresa. Igualmente autorizo, para que él, mismo sirva, para retroalimentar los diferentes sistemas de vigilancia epidemiológica que estén establecidos, según Resolución 2346/07. El paciente declara que la información suministrada en este documento es verdadera, y que no omitió ningún dato relevante sobres sus antecedentes familiares, personales intra o extra laborales, que puedan influir sobre su estado de salud, siendo esto un riesgo para la labor contratado(a). Además, cumplir con las recomendaciones tanto ocupacionales como generales, que se le han dado. Autorizando poder compartir hallazgos, diagnostico, recomendaciones, observación y restricciones que se encuentran en este documento, con la persona encargada por parte de la empresa para este fin. La historia clínica es un documento estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo en los siguientes casos: cuando medie mandato judicial; por autorización expresa, escrita y con firma autenticada del trabajador interesado; y por la solicitud de las autoridades competentes de previsión y seguridad social. (MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL), Resolución No.6398 de 1991, Artículo 2).

Certificado Digital de Vacunación Colombia

contra SARS-CoV-2 (Covid-19)

COVID-19 VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

Nombres y apellidos / Full name

OSCAR JAVIER GODOY BAUTISTA

Tipo de identificación / ID Type

CC

Número de identificación / ID Number

79049924

Fecha nacimiento / Date of birth

15/05/1967

País nacimiento / Country of birth

CO-COLOMBIA

Número de contacto (celular) / Phone number

Correo electrónico / e-mail

Datos de vacunación / Vaccination detail

Dosis / Dose number

Segunda	Segunda	-

Lote / Vaccine Batch

940875	060M21A	-

Vacuna / Vaccine

MODERNA SWITZERLAND GMBH	MODERNA SWITZERLAND GMBH	-

Centro vacunador / Administering Center

CALI ESE CENTRO HOSPITAL PRIMITIVO IGLESIAS	CALI ESE CENTRO HOSPITAL PRIMITIVO IGLESIAS	-

Fecha de aplicación / Date of Vaccination

31/12/2021	31/12/2021	-

País de vacunación / Country of Vaccination

CO-Colombia	CO-Colombia	-

Sello digital / Digital Stamp

En cola / In queue	En cola / In queue	-

Fecha de emisión del documento / Document issued

11/11/2022	11/11/2022	-

Línea de ayuda / Help line : 192 - soportemivacuna@minsalud.gov.co

El Ministerio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos fueron extraídos del Sistema de Información PAIWEB del Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI.

Este Certificado Digital de Vacunación acredita que la persona identificada ha recibido las dosis de la vacuna contra el SARS-CoV-2 (Covid-19) aquí descritas.

Para validar la autenticidad de este documento, por favor escanee el código QR que debe abrir la página

Ver certificado en MiVacuna

The Ministry of Health and Social Protection certifies that the information in this document was extracted from PAIWEB, according to the Wide Program of Inmunization - PAI (by its acronym in spanish: Programa Ampliado de Inmunización)

This Digital Certificate of Vaccination certifies that the holder of this document has received the doses of the SARS-CoV-2 (Covid-19) vaccine as it is described here.

To validate the authenticity of this document, please scan the QR code that should open the page

View certificate in MiVacuna

Certificado Digital de Vacunación Colombia

contra SARS-CoV-2 (Covid-19)

COVID-19 VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

Nombres y apellidos / Full name

YENNER FRANCISCO CARDENAS COMAS

Tipo de identificación / ID Type

CC

Número de identificación / ID Number

1015429618

Fecha nacimiento / Date of birth

17/02/1992

País nacimiento / Country of birth

CO-COLOMBIA

Número de contacto (celular) / Phone number

3208649606

Correo electrónico / e-mail

Datos de vacunación / Vaccination detail

Dosis / Dose number

Primera	Segunda	-

Lote / Vaccine Batch

060D21A	940068	-

Vacuna / Vaccine

MODERNA SWITZERLAND GMBH	MODERNA SWITZERLAND GMBH	-

Centro vacunador / Administering Center

PUERTO BOYACA ESE HOSPITAL JOSE CAYETANO VASQUEZ	PUERTO BOYACA ESE HOSPITAL JOSE CAYETANO VASQUEZ	-

Fecha de aplicación / Date of Vaccination

11/08/2021	22/10/2021	-

País de vacunación / Country of Vaccination

CO-Colombia	CO-Colombia	-

Sello digital / Digital Stamp

En cola / In queue	En cola / In queue	-

Fecha de emisión del documento / Document issued

11/11/2022	11/11/2022	-

Línea de ayuda / Help line : 192 - soportemivacuna@minsalud.gov.co

El Ministerio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos fueron extraídos del Sistema de Información PAIWEB del Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI.

Este Certificado Digital de Vacunación acredita que la persona identificada ha recibido las dosis de la vacuna contra el SARS-CoV-2 (Covid-19) aquí descritas.

Para validar la autenticidad de este documento, por favor escanee el código QR que debe abrir la página

Ver certificado en MiVacuna

The Ministry of Health and Social Protection certifies that the information in this document was extracted from PAIWEB, according to the Wide Program of Inmunization - PAI (by its acronym in spanish: Programa Ampliado de Inmunización)

This Digital Certificate of Vaccination certifies that the holder of this document has received the doses of the SARS-CoV-2 (Covid-19) vaccine as it is described here.

To validate the authenticity of this document, please scan the QR code that should open the page

View certificate in MiVacuna

Certificado Digital de Vacunación Colombia

contra SARS-CoV-2 (Covid-19)

COVID-19 VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

Nombres y apellidos / Full name

SERGIO ALEXANDER LEON GUIZA

Tipo de identificación / ID Type

CC

Número de identificación / ID Number

1090425911

Fecha nacimiento / Date of birth

03/10/1990

País nacimiento / Country of birth

CO-COLOMBIA

Número de contacto (celular) / Phone number

Correo electrónico / e-mail

Datos de vacunación / Vaccination detail

Dosis / Dose number

Primera	Segunda	-

Lote / Vaccine Batch

055D21A	939911	-

Vacuna / Vaccine

MODERNA SWITZERLAND GMBH	MODERNA SWITZERLAND GMBH	-

Centro vacunador / Administering Center

IPS SURA CENTRO DE VACUNACION MULTIVEHICULAR VIVA	ECOPETROL S.A. DE BARRANCABERMEJA	-

Fecha de aplicación / Date of Vaccination

28/07/2021	12/10/2021	-

País de vacunación / Country of Vaccination

CO-Colombia	CO-Colombia	-

Sello digital / Digital Stamp

En cola / In queue	En cola / In queue	-

Fecha de emisión del documento / Document issued

11/11/2022	11/11/2022	-

Línea de ayuda / Help line : 192 - soportemivacuna@minsalud.gov.co

El Ministerio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos fueron extraídos del Sistema de Información PAIWEB del Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI.

Este Certificado Digital de Vacunación acredita que la persona identificada ha recibido las dosis de la vacuna contra el SARS-CoV-2 (Covid-19) aquí descritas.

Para validar la autenticidad de este documento, por favor escanee el código QR que debe abrir la página

Ver certificado en MiVacuna

The Ministry of Health and Social Protection certifies that the information in this document was extracted from PAIWEB, according to the Wide Program of Inmunization - PAI (by its acronym in spanish: Programa Ampliado de Inmunización)

This Digital Certificate of Vaccination certifies that the holder of this document has received the doses of the SARS-CoV-2 (Covid-19) vaccine as it is described here.

To validate the authenticity of this document, please scan the QR code that should open the page

View certificate in MiVacuna

Certificado Digital de Vacunación Colombia

contra SARS-CoV-2 (Covid-19)

COVID-19 VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

Nombres y apellidos / Full name

JUAN CAMILO CALDERON URUEÑA

Tipo de identificación / ID Type

CC

Número de identificación / ID Number

1070608699

Fecha nacimiento / Date of birth

18/01/1993

País nacimiento / Country of birth

CO-COLOMBIA

Número de contacto (celular) / Phone number

Correo electrónico / e-mail

Datos de vacunación / Vaccination detail

Dosis / Dose number

Primera	Segunda	Primer Refuerzo

Lote / Vaccine Batch

059D21A	939911	NM0219

Vacuna / Vaccine

MODERNA SWITZERLAND GMBH	MODERNA SWITZERLAND GMBH	ASTRAZENECA

Centro vacunador / Administering Center

ESPINAL ESE HOSPITAL SAN RAFAEL	ESPINAL ESE HOSPITAL SAN RAFAEL	ESPINAL ESE HOSPITAL SAN RAFAEL

Fecha de aplicación / Date of Vaccination

07/08/2021	21/10/2021	28/02/2022

País de vacunación / Country of Vaccination

CO-Colombia	CO-Colombia	CO-Colombia

Sello digital / Digital Stamp

En cola / In queue	En cola / In queue	En cola / In queue

Fecha de emisión del documento / Document issued

11/11/2022	11/11/2022	11/11/2022

Línea de ayuda / Help line : 192 - soportemivacuna@minsalud.gov.co

El Ministerio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos fueron extraídos del Sistema de Información PAIWEB del Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI.

Este Certificado Digital de Vacunación acredita que la persona identificada ha recibido las dosis de la vacuna contra el SARS-CoV-2 (Covid-19) aquí descritas.

Para validar la autenticidad de este documento, por favor escanee el código QR que debe abrir la página

Ver certificado en MiVacuna

The Ministry of Health and Social Protection certifies that the information in this document was extracted from PAIWEB, according to the Wide Program of Inmunization - PAI (by its acronym in spanish: Programa Ampliado de Inmunización)

This Digital Certificate of Vaccination certifies that the holder of this document has received the doses of the SARS-CoV-2 (Covid-19) vaccine as it is described here.

To validate the authenticity of this document, please scan the QR code that should open the page

View certificate in MiVacuna