

FORMATO DE DECLARACIÓN DE VACUNACIÓN O NO CONTRA LA FIEBRE AMARILLA

COOPERATIVA DE TRANSPORTES VELOTAX LTDA

NIT: 890.700.189-6

Fecha: _____ de _____ de 2025

Ruta: _____

Número de tiquete: _____

DATOS DEL DECLARANTE

Nombre completo: _____

Tipo de documento: _____ No.: _____

Teléfono de contacto: _____

Ciudad de residencia: _____

DECLARACIÓN

Yo, _____ identificado(a) como aparece al encabezado, bajo la gravedad de juramento:

1. Reconozco que el requisito de vacunación contra la fiebre amarilla es exigido por el Ministerio de Transporte y el Ministerio de Salud y Protección Social, como parte de las medidas preventivas adoptadas ante la emergencia sanitaria declarada mediante la Resolución 00000691 de 2025. En caso de no contar físicamente con el carné o certificado de vacunación, pero sí haber recibido la vacuna, suscribo la presente declaración en la que hago constar de dicho antecedente vacunal, asumiendo bajo mi responsabilidad los riesgos derivados de un eventual contagio, tanto para mí como para terceros. Asimismo, declaro que conozco que las personas que no cuenten con la vacuna aplicada, al menos con **diez (10) días de antelación** a la realización del desplazamiento, pueden ser más susceptibles a los riesgos derivados de la enfermedad.
2. En caso de no presentar carné físico o certificado digital de vacunación, **asumo la responsabilidad** de las consecuencias derivadas de la no presentación del mismo.
3. Declaro que la información suministrada es verídica y puede ser verificada por las autoridades competentes.
4. Autorizo a la empresa de transporte a conservar esta información para fines de control y cumplimiento normativo, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales.

Firma del declarante:

Firma del funcionario de taquilla / agencia:

Nombre: _____

Cargo: _____