

COOTRANSRIO

NIT: 890702924-2

FORMATO DE DECLARACIÓN DE VACUNACIÓN O NO CONTRA LA FIEBRE AMARILLA

Fecha:	_____ de _____ de 2025	Ruta:	_____
No. Tiquete:	_____		

DATOS DEL DECLARANTE

Nombre completo:	_____		
Tipo de documento:	_____	Número (No.):	_____
Teléfono de contacto:	_____	Ciudad de residencia:	_____

DECLARACIÓN

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

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.
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:

C.C. No: _____

Firma del funcionario de taquilla / agencia:

Nombre: _____

Cargo: _____