COOFLOTAX			
	FORMATO DE AUTORIZACION	**Código:**	CF-HSEQ-AVN
		Revisión:	1.0
	AUTORIZACION DE VIAJE PARA NIÑOS, NIÑAS Y ADOLECENTES	**Área:**	HSEQ
		Fecha:	1/09/2024
	No acompañados o que se despachen en compañía de un adulto que no sea su padre, madre o tutor	**Páginas:**	1 de 2

Los datos aquí consignados se trataran según a la política de tratamiento de datos personales ley 1581 de diciembre de 2012, que se encuentra disponible en la pagina de www.cooflotax.com.co

I. DATOS DEL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE

Nombre Completo: _____

Tipo de documento:

☐ Registro civil de nacimiento ☐ Tarjeta de identidad ☐ Otro:

Número de identificación o serial: _____

¿ El menor de edad se encuentra en situacion de discapacidad ?

☐ SI ☐ NO

¿ Pertenece a alguna comunidad étnica ?

☐ SI ☐ NO

¿ Tipo de discapacidad ?

☐ Fisica ☐ Visual

☐ Cognitiva - Intelectual ☐ Auditiva

☐ Mental - Psicosocial ☐ Multiple

¿ A que tipo de población étnica pertenece ?

☐ Indigena ☐ Gitano

☐ Palenquero ☐ Otra. _____

☐ Raizal

II. DATOS DE QUIEN OTORGA EL PERMISO

Nombre Completo: _____

Tipo de Documento:

☐ Cédula de Ciudadania ☐ Cédula de Extranjería ☐ Pasaporte ☐ Permiso de Permanencia ☐ Otro: _____

Numero de Identificación: _____ De: _____

Calidad en que actua (Tipo de Parentesco o Tutoria Legal)

☐ Padre ☐ Madre ☐ Tutor Legal No. Telefono: _____

Correo Electronico: _____

Direccion Fisica: _____ Ciudad: _____

Sexo

☐ Hombre ☐ Mujer ☐ Intersexual ☐ Otro: _____

Género

☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Persona no Binaria ☐ Prefiero No Decir

☐ Hombre Transgénero ☐ Mujer Transgénero ☐ Otro: _____

III. MANIFESTACIÓN EXPRESA DE AUTORIZACIÓN DE VIAJE DE LA NIÑA, NIÑO O ADOLESCENTE

Yo _____ otorgo mi consentimiento y autorización para que la niña, niño o adolescente (Hijo/Hija) viaje:

☐ Solo ☐ Con Persona Autorizada Declaro que estoy plenamente informado de las condiciones de viaje.

Anexos:

1. Copia del documento que pr uebe parentesco **2. Copia del do umento de identidad del mayor de edad al que se autoriza**

Registro Civil de nacimiento

Sentencia Judicial (Tutor Legal)

Con la firma de esta autorizació n declara que conoce la politica de transp orte de menores de edad y el Contrato de Transporte de Cooflotax la cual se encuentra publicada en nuestro si tio Web https://www.cooflotax.com/

_____

Firma de Quien Autoriza

IV. DATOS DE LA PERSONA AUTORIZADA PARA VIAJAR CON LA NIÑA, NIÑO O ADOLESCENTE

Campo exclusivo para autorizaciones de viaje de nifios, niñas o adolescentes acompañados por un adulto diferente al padre, madre o tutor legal.

Nombre completo: _____

Tipo de documento:

Cedula de Ciudadania Cedula de extranjería Pasaporte Permiso de Permanencia Otro: _____

Numero de Identificación: _____ de: _____

V. DATOS DE VIAJE

Fecha de Viaje: DD/MM/AAAA Hora: HH/MM Placa: _____ No. Bus: _____

Origen: _____ Destino: _____

No. De Tiquete: _____ Operador: _____

	COOFLOTAX FORMATO DE AUTORIZACIÓN	Código:	CF-HSEQ-AVN
COOFLOTAX		Revisión:	1.0
	AUTORIZACION DE VIAJE PARA NIÑOS, NIÑAS Y ADOLECENTES	Área:	HSEQ
		Fecha:	1/09/2024
		Páginas:	2 de 2

VI. DATOS DE LA PERSONA AUTORIZADA PARA RECOGER AL ADOLESCENTE QUE VIAJA SOLO

Nombre Completo: _____

Tipo de documento:

☐ Cedula de Ciudadanía ☐ Cedula de Extranjería ☐ Pasaporte ☐ Permiso de Permanencia

Número de identificación o serial: ☐ Otro: _____

Correo Electronico: _____

Dirección Fisica: _____ Ciudad: _____

No. Telefónico 1: _____ No. Telefónico 2: _____

VII. CONSTANCIA DE ENTREGA DEL MENOR DE EDAD A LA PERSONA AUTORIZADA

Una vez verificada la identidad de la persona autorizada para recibir el menor de edad ene el lugar de destino, se le hace entrega formal, quién deja constancia de la recepción del adolescente con su firma

_____
Firma de quien recibe

Exclusivamente para diligenciamiento de la Empresa

VIII. ENTREGA DEL ADOLESCENTE QUE VIAJA SOLO A LA PONAL O ICBF

Intentos de Contacto:

Con persona Autorizada de recibir al adolescente

No. Telefonico 1.	☐	1. Intento hh/mm	No. Telefonico 1.	☐	1. Intento hh/mm
No. Telefonico 2.	☐	2. Intento hh/mm	No. Telefonico 2.	☐	2. Intento hh/mm
	☐	3. Intento hh/mm		☐	3. Intento hh/mm
Contacto Efectivo	☐ Si	☐ No	Contacto Efectivo	☐ Si	☐ No

Con Madre, Padre, o tutor que autoriza

PONAL ☐

_____

ICBF ☐

Yo _____, en nombre de **COOFLOTAX** informo que el adolescente _____, no ha sido recibido por la persona autorizada, por lo tanto, se deja el menor en custodia temporal de: _____ PONAL: _____ ICBF, para que dispongan las medidas pertinentes en procura del restablecimiento de sus derechos. El menor es recibido por: _____ identificado con: _____ quien en cosntancia firma en nombre de la entidad: _____

Placa: _____

Personal Uniformado PONAL: _____

_____
Firma:

No. De C.C: _____

Personal Uniformado ICBF: _____

_____
Firma: