



HOJA DE VIDA

PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible

Fecha - 08

Empleo o cargo al que aspira

D

M

A

I. INFORMACIÓN GENERAL

(*) Respuesta opcional Ley 13 de 1972
Art. 5 Convenio 111 OIT.

Apellido(s) del aspirante

Quiceno Duque

Nombre(s) del aspirante

JUAN CARLOS

Fecha de nacimiento

D 18 M 09 A 87

Lugar de nacimiento

Santa Rosa de Cabal

Dirección domicilio / Barrio

Vereda campo alegre estación

Ciudad

Santa Rosa de Cabal

Teléfono

N.º Celular

3217101560

Correo electrónico

quicenoduquejuancarlos@gmail.com

Nacionalidad

colombiana

Profesión, ocupación u oficio

Oficios varios

(*) Estado civil

Unión libre

Años de experiencia laboral

18 años

DOCUMENTACIÓN

(**) Respuesta opcional Art. 111, decreto 2150 de 1995

Cédula de ciudadanía: No 107048566

(**) Libreta militar No. 107048566

Primera clase:

Extranjería:

Expedida en: Cali

Distrito No. 03

Segunda clase:

Tarjeta profesional No.

¿Tiene vehículo?

Sí No

Licencia de conducción No. 107048566

Categoría A2 - B1 - C1



II. PERFIL LABORAL

Mencione brevemente estudios, experiencia y habilidades que lo caractericen en su vida laboral

Bachiller - curso de natación

curso entrenamiento fútbol - certificado de artes marciales

puntual comprende que Rápido? Buen desempeño onestidad

conductor vigilancia campo Restaurantes carpintería en aluminio
doméstico docente en deportes.

III. INFORMACIÓN PERSONAL

¿Está trabajando actualmente?

Sí No

¿En qué empresa?

Empleado

Tipo de contrato

Independiente

¿Trabajó antes en esta empresa?

Sí No

¿Solicitó empleo antes en esta empresa?

Sí No

Fecha

D M A

¿Conoce a alguien de esta empresa?

Sí No

Nombre

Dependencia

¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa?

Sí No

Nombre

Dependencia

¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante?

Anuncio

Amigo Redes Sociales

Por medio de agencia

Otro

¿Cuál?

¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado?

Sí No

Vive en casa: ¿Familiar?

¿Propia? ¿Alquilada?

Nombre del arrendador

Teléfono

¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar?

1 año

¿Actualmente tiene algún ingreso adicional?

Sí No

Describalo e indique su valor mensual

¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales?

\$ 700000

¿Por qué conceptos?

mantenimiento familiar

¿Cuánto es su aspiración salarial?

\$ 1000000

¿Cuál es su principal afición?

capacitarme

¿Practica algún deporte?

Sí No

¿Cuál(es)?

artes marciales fútbol

¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades académicas, deportivas, culturales, sociales, entre otros?

Sí No

¿Cuál(es)? medallas trofeos clasificatorias

IV. INFORMACIÓN FAMILIAR

| | | | | |
|--|--|---|---------------------------|----------------------|
| Nombre esposa(o) o compañera(o) maria Isabel corrales | | Profesión, ocupación u oficio amia de casa | Empresa donde trabaja | |
| Cargo actual | Dirección | | Teléfono 3216507540 | Ciudad Santa Rosa |
| No. de personas que dependen económicamente de usted 9 | Parentesco esposa e hija | | Edades 25 - 9 | |
| Nombre(s) parente(s) maria Isabel Duque | Profesión, ocupación u oficio oficio varios | | Teléfono(s) 3160521584 | |
| Nombre(s) hermano(s) jose Aldemar Quiceno | Profesión, ocupación u oficio oficio varios | | Teléfono(s) 3148010143 | |
| Maria Eugenia Quiceno | Profesión, ocupación u oficio oficio varios | | Teléfono(s) 312108903 | |

VALIDE LA AUTENTICIDAD DE LA HOJA DESPRENDIENDO ESTAS DOS HOJAS

V. EDUCACIÓN Y APTITUDES

| ESTUDIOS | AÑO DE FINALIZACIÓN | AÑOS CURSADOS | TÍTULO OBTENIDO | NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN | | CIUDAD | |
|---|-----------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|--|---------------------------------------|---|-------------------------------------|
| Primaria | 1999 | 5 | Primaria | campo alegre estación | | Sta Rosa | |
| Bachillerato Académico | 2007 | 6 | Bachiller | simon rodrigues | | cali | |
| Comercial | | | | | | | |
| Educación Superior | | | | | | | |
| Técnico | | | | | | | |
| Tecnológico | | | | | | | |
| Profesional | | | | | | | |
| Posgrados | | | | | | | |
| Otros: cursos, diplomados, seminarios. | Intensidad horaria | Nombre del programa | | | Institución | | |
| Otros: cursos, diplomados, seminarios. | Intensidad horaria | Nombre del programa | | | Institución | | |
| ¿Cursa estudios actualmente? | ¿Qué tipo de estudios? | Duración (años, semestres, meses) | | | Año / semestre que cursa | | |
| Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| Nombre de la institución | | Horario | Diurno <input type="checkbox"/> | Fin de semana <input type="checkbox"/> | | | |
| | | Nocturno <input type="checkbox"/> | A distancia <input type="checkbox"/> | | | | |
| OTROS CONOCIMIENTOS: Indique el grado de dominio R-Regular (50 a 60%) B-Bueno (61 a 80%) MB-Muy Bueno (81 a 100%) | | | | | | | |
| Sistemas | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | 1. <input type="checkbox"/> | R <input type="checkbox"/> | B <input type="checkbox"/> | MB <input type="checkbox"/> | |
| ¿Qué programas maneja? | 2. <input type="checkbox"/> | | | R <input type="checkbox"/> | B <input type="checkbox"/> | MB <input type="checkbox"/> | |
| Idiomas | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | 1. <input type="checkbox"/> | Escucha R <input type="checkbox"/> | Lectura R <input type="checkbox"/> | Escritura R <input type="checkbox"/> | Habla R <input type="checkbox"/> |
| ¿Qué idioma(s) conoce? | 2. <input type="checkbox"/> | | | B <input type="checkbox"/> | MB <input type="checkbox"/> | R <input type="checkbox"/> | B <input type="checkbox"/> |

Nota: en caso de ser contratado(a) favor preparar toda la documentación.

VI. EXPERIENCIA LABORAL

VALIDE LA AUTENTICIDAD DE LA HOJA DESPRENDIENDO ESTAS DOS HOJAS

| | | | | | | |
|--|--|-----------------------------------|--|-----------------------------|---------------------------|--|
| Nombre de la última o actual empresa Transporte J-J | Actividad Económica | Dirección Santa Rosa | | | Teléfono(s) 3148010143 | |
| Cargo(s) desempeñado(s) por usted conductor | Área del cargo | Fecha Ingreso D M A | Fecha Retiro D M A | Sueldo Inicial \$1900000 | Sueldo Final \$1900000 | |
| Funciones realizadas Transporte de personas y demás | | | | | | |
| Nombre de su jefe inmediato jose aldemar | Cargo dueño del benculo | | | | | |
| Logros obtenidos obtuviendo | | | | | | |
| Tipo de contrato: Indefinido <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo? Fijo <input type="checkbox"/> | Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/> | | Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál? Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/> | | | |
| Horario de trabajo: Tiempo completo <input checked="" type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/> | Jornada: Diurna <input type="checkbox"/> | Nocturna <input type="checkbox"/> | Otra jornada <input type="checkbox"/> | | | |
| Motivo del retiro | | | | | | |

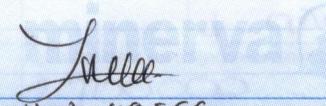
| | | | | | | | | | |
|---|-------------------------------|--|--|-------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------|--|
| Nombre de la empresa Bodega principal estadio | Actividad Económica | Dirección estadio Santa Rosy | | | Teléfono(s) 3115789652 | | | | |
| Cargo(s) desempeñado(s) por usted conductor | Área del cargo | Fecha Ingreso | Fecha Retiro | Sueldo Inicial | Sueldo Final | | | | |
| Funciones realizadas entrega de gas | D <input type="checkbox"/> | M <input type="checkbox"/> | A <input type="checkbox"/> | D <input type="checkbox"/> | M <input type="checkbox"/> | A <input type="checkbox"/> | \$ <input type="checkbox"/> | \$ <input type="checkbox"/> | |
| Nombre de su jefe inmediato eduardo cardona | Cargo administrador | | | | | | | | |
| Logros obtenidos | | | | | | | | | |
| Tipo de contrato: Indefinido <input checked="" type="checkbox"/> | | ¿Cuánto tiempo? | Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/> | | Otro <input type="checkbox"/> | ¿Cuál? | | | |
| Fijo <input type="checkbox"/> | | Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| Horario de trabajo: Tiempo completo <input checked="" type="checkbox"/> | | 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/> | Por horas <input type="checkbox"/> | Jornada: | Diurna <input type="checkbox"/> | Nocturna <input type="checkbox"/> | Otra jornada <input type="checkbox"/> | | |
| Motivo del retiro | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|---|-------------------------------|--|--|-------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|--|--|
| Nombre de la empresa | Actividad Económica | Dirección C11 90 #13-30 | | | Teléfono(s) 3136380604 | | | | |
| Cargo(s) desempeñado(s) por usted conductor | Área del cargo | Fecha Ingreso | Fecha Retiro | Sueldo Inicial | Sueldo Final | | | | |
| D <input type="checkbox"/> | M <input type="checkbox"/> | A <input type="checkbox"/> | D <input type="checkbox"/> | M <input type="checkbox"/> | A <input type="checkbox"/> | \$ 1200000 | \$ 1100000 | | |
| Funciones realizadas entrega de carga | | | | | | | | | |
| Nombre de su jefe inmediato maria antonia radica | Cargo dueño | | | | | | | | |
| Logros obtenidos | | | | | | | | | |
| Tipo de contrato: Indefinido <input checked="" type="checkbox"/> | | ¿Cuánto tiempo? | Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/> | | Otro <input type="checkbox"/> | ¿Cuál? | | | |
| Fijo <input type="checkbox"/> | | Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| Horario de trabajo: Tiempo completo <input checked="" type="checkbox"/> | | 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/> | Por horas <input type="checkbox"/> | Jornada: | Diurna <input type="checkbox"/> | Nocturna <input type="checkbox"/> | Otra jornada <input type="checkbox"/> | | |
| Motivo del retiro | | | | | | | | | |

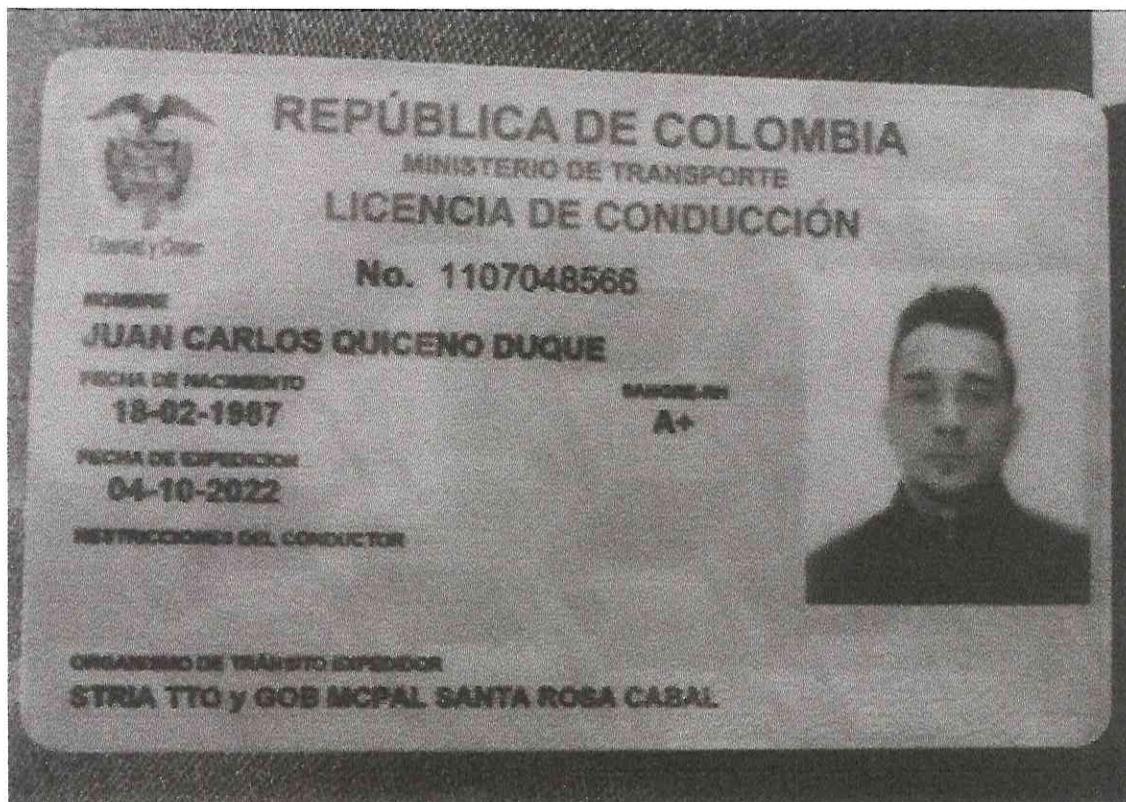
VII. REFERENCIAS PERSONALES

| | | | | |
|--|---|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------|
| Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores | | | | |
| 1. | Nombre Julian Albaires | Ocupación Independiente | Dirección cali | Teléfono 3206600099 |
| 2. | Nombre Jhonatan soto | Ocupación Independiente | Dirección Santa Rosy | Teléfono 3116185482 |
| Nombre de un familiar que podemos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente | | | | |
| 1. | Nombre JOSE alejandro quiceno | Ocupación Oficinas varios | Dirección vereda san juan | Teléfono 3148010143 |
| 2. | Nombre Maria Isabel corrales | Ocupación ama de casa | Dirección Santa Rosy | Teléfono 3216507840 |

| | | |
|--|--|--------------------------|
| Autorizo pedir información de mi Hoja de Vida sin ninguna restricción. | | <input type="checkbox"/> |
| Marque con una X | | |

| | | |
|---|---|---|
| Nota importante Favor no llamar por teléfono ni acudir a preguntar por el resultado de esta solicitud. Nosotros le avisaremos, gracias. | Certificación Para todos los efectos legales, certifico que todas las respuestas e informaciones anotadas por mí, en la presente hoja de vida, son veraces (C. S. T., Art. 62 Num. 1º) Régimen Laboral Colombiano § 1057 (Legis). | Firma del solicitante  C.C. 1107048566 |
|---|---|---|







REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE



Libertad y Orden

LICENCIA DE TRÁNSITO No.

10028147045

| | | | |
|--------------------------------------|-----------------|-------------|-------------------|
| PLACA | MARCA | LÍNEA | MODELO |
| TRJ153 | HYUNDAI | H100 PORTER | 2012 |
| CILINDRADA CC | COLOR | | SERVICIO |
| 2.476 | BLANCO CREMA | | PÚBLICO |
| CLASE DE VEHÍCULO | TIPO CARROCERÍA | COMBUSTIBLE | CAPACIDAD Kg/PSJ |
| CAMIONETA | FURGON | DIESEL | 1210 |
| NÚMERO DE MOTOR | | REG | VIN |
| D4BHB044303 | | N | KMFZBX7HACU773020 |
| NÚMERO DE SERIE | | REG | NÚMERO DE CHASIS |
| KMFZBX7HACU773020 | | N | KMFZBX7HACU773020 |
| PROPIETARIO. APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) | | REG | IDENTIFICACIÓN |
| RIOS ANDICA JHON JAIRO | | | C.C. 15030129 |

Powered by CamScanner

RESTRICCIÓN MOVILIDAD

BLINDAJE

0

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN

VE FECHA IMPORT.

882011000070783

06/09/2011

PUERTAS

2

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD

FECHA MATRÍCULA

FECHA EXP. LIC. TTO.

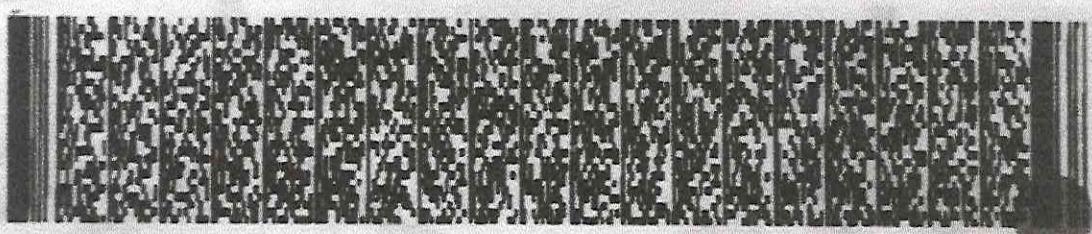
FECHA VENCIMIENTO

20/10/2011

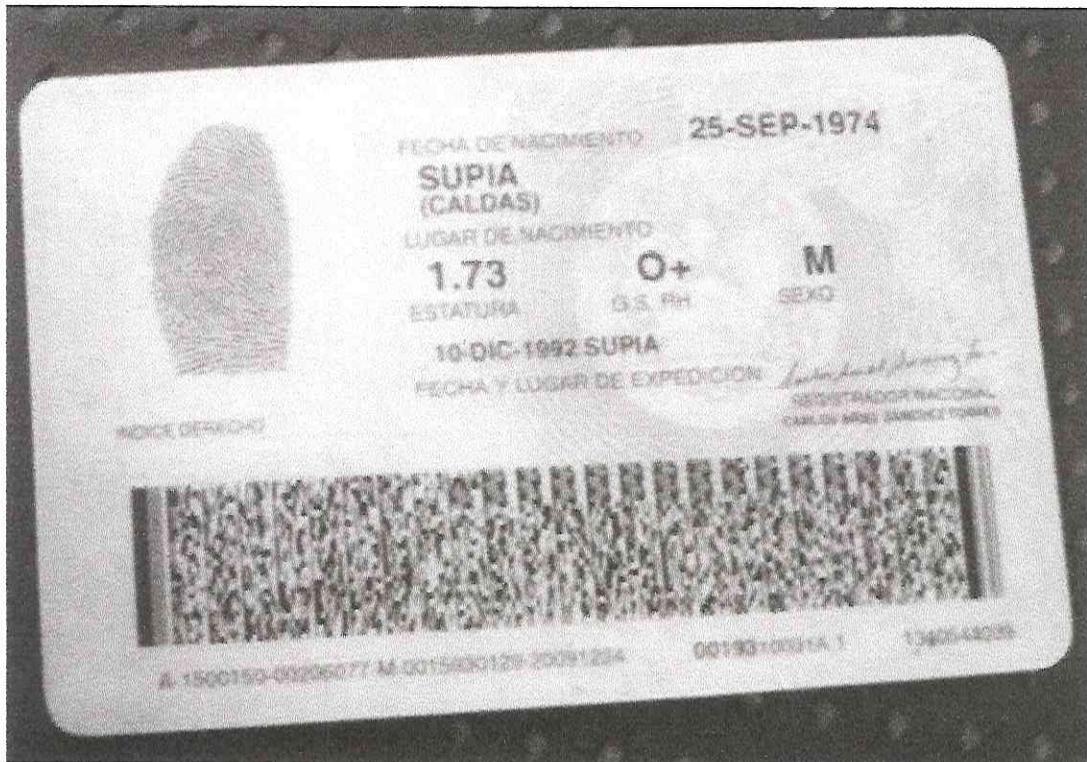
06/01/2023

ORGANISMO DE TRÁNSITO

STRIA TTEYTTO BELLO



LT06004742403



SOAT

PERMISO DE SEGURO DE DAÑOS CORRESPONDIENTE A LAS PERSONAS EN ACCIDENTES DE TRÁNSITO

| | |
|---------------------------|--------------------------|
| FECHA DE EXPEDICIÓN | VALIDA HASTA |
| ANIO MES DIA | ANIO MES DIA |
| 2022 10 17 | 2022 10 19 |
| DE DESDE LAS 00 HORAS DEL | HASTA LAS 2359 HORAS DEL |

2023 | 10 | 18



ASEGURADORA

SURA

890.903.407 - 9

| NO. DE POLIZA | PLACA NO. | CLASE DE VEHÍCULO | SERVICIO | CLASIFICACIÓN VEHÍCULOS | MÓDULO |
|--------------------------------|--------------------------|-------------------------------|------------------------------|---------------------------|----------------|
| 30211328 | TRJ153 | CAMIONETA | PÚBLICO URBANO | 2476 | 2012 |
| PASAJEROS | MARCA | HYUNDAI | | CARROZERIA | |
| 2 | LÍNEA VEHÍCULO | H100PORTER | | | |
| NO. MOTOR | NO. CHASIS O NO. SERIE | | NO. VIN | | CAPACIDAD TON. |
| D4BHB044303 | KMFZBX7HACU773020 | | KMFZBX7HACU773020 | | 1210.0 |
| APELIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR | TELÉFONO DEL TOMADOR | TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR | NO. DE DOCUMENTO DEL TOMADOR | Ciudad Residencia Tomador | |
| MARTHA CECILIA RODRIGUEZ CANO | 3052598642 | CEDULA | 32524253 | | |
| CÓDIGO DE ASEGURADORA | CÓD. SUCURSAL EXPEDIDORA | CLAVE PRODUCTOR | NO. FORMULARIO | Ciudad Expedición | |
| AT1318 | 4034 | 3791 | | | |

| TARIFA | PRIMA SOAT | CONTRIBUCIÓN ADRES | TASA RUNT | AMPAROS POR VICTIMA | HASTA |
|---------------|------------|--------------------|-----------|--|-------|
| 310 | \$ 480,600 | \$ 249,900 | \$ 2,100 | A. GASTOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS, FARMACÉUTICOS Y HOSPITALARIOS | 800 |
| TOTAL A PAGAR | \$ 732,600 | | | B. INCAPACIDAD PERMANENTE | 180 |

| | | |
|--|-----|---|
| C. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS | 750 | SALARIOS MÍNIMOS LEGALES DIARIOS VIGENTES |
| D. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS | 10 | |

Ángel Gaviria G

FIRMA AUTORIZADA



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 recrobo 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 SURAMERICANA S.A para almacenar y usar mis datos personales con la finalidad de vincularme como cliente de SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A; para el tratamiento los mismos, incluso datos biométricos, que es un dato sensible, con el fin de ejecutar el contrato, entregar, transmitir o compartir mi información con: Centrales de Riesgo para reportar mi comportamiento crediticio; con proveedores, intermediarios de Seguros, Compañía matriz, filiales y subsidiarias; para ser contactado para el envío de información y ofertas de productos; para las demás contempladas en la política de privacidad.

Las respuestas a las preguntas sobre el tratamiento de datos sensibles son facultativas. Como Titular de sus datos tiene derecho a conocerlos, actualizarlos, revocar y conocer la autorización para su tratamiento, solicitar la supresión cuando proceda y acceder en forma gratuita a los mismos.

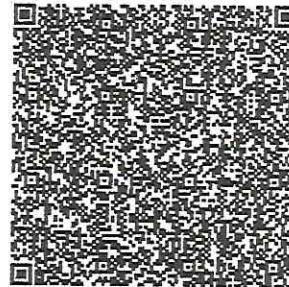
El responsable del tratamiento de sus datos es SURAMERICANA S.A, para ejercer los derechos sobre éstos comunicarse al 437 8888 (Medellín, Bogotá y Cali) resto del país 01 800051889. Para conocer las políticas de privacidad visite www.segurosura.com.co



REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE
MINISTERIO DE AMBIENTE Y
DESARROLLO SOSTENIBLE

Libertad y Orden

RUNT
REGISTRO ÚNICO NACIONAL DE TRANSITO



CERTIFICADO DE REVISIÓN TÉCNICO MECÁNICA Y DE EMISIONES CONTAMINANTES

No. 161984270

DATOS CENTRO DIAGNÓSTICO

Entidad que expide el certificado: CDA LAS BRISAS SAS

NIT: 901342690 No. de Certificado de
Acreditación: 20-CDA-076

Fecha de expedición: 2022/10/09 Fecha de vencimiento: 2023/10/09

DATOS VEHÍCULO

| | | | |
|--------------|-------------------|--------------|-------------------|
| PLACA: | TRJ153 | CLASE: | CAMIONETA |
| MARCA: | HYUNDAI | MODELO: | 2012 |
| SERVICIO: | Público | COMBUSTIBLE: | DIESEL |
| CILINDRAJE: | 2476 | NRO. MOTOR: | D4BHB044303 |
| NRO. CHASIS: | KMFZBX7HACU773020 | VIN: | KMFZBX7HACU773020 |
| LÍNEA: | H100 PORTER | | |
| COLOR: | BLANCO CREMA | | |

NOMBRE PROPIETARIO: MARTHA C. RODRIGUEZ C.

FIRMA DEL RESPONSABLE

LUIS FELIPE MUNERA CAÑAS

2. Concepto **02** Actualización

4. Número de formulario

14777911099



(415)7707212489984(8020) 0000014777911099

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)
1 5 9 3 0 1 2 9 66. DV
12. Dirección seccional
Impuestos de Bogotá14. Buzón electrónico
3 - 2

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente
Persona natural o sucesión ilíquida 25. Tipo de documento
Cédula de Ciudadanía 26. Número de Identificación
1 5 9 3 0 1 2 9 27. Fecha expedición
1 9 9 2 1 2 1 0Lugar de expedición 28. País
COLOMBIA 29. Departamento
1 6 9 Caldas 30. Ciudad/Municipio
Supía 7 7 731. Primer apellido
RIOS 32. Segundo apellido
ANDICA 33. Primer nombre
JHON 34. Otros nombres
JAIRO

35. Razón social

36. Nombre comercial
37. Sigla

UBICACIÓN

38. País
COLOMBIA 39. Departamento
1 6 9 Cundinamarca 40. Ciudad/Municipio
2 5 Soacha 7 5 441. Dirección principal
CL 13 B 18 R 0642. Correo electrónico
riosandicajohnjairo@gmail.com43. Código postal
44. Teléfono 1
3 1 0 3 8 2 3 5 3 8 45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | Ocupación | | 52. Número establecimientos | |
|---------------------|----------------------------|----------------------|----------------------------|-------------------|---|-----------|------------|-----------------------------|--|
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código | 1 | 2 | 51. Código | | |
| 4 9 2 3 | 2 0 1 9,0 8,0 8 | | | | | | | | |

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |
|------------|-----|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 53. Código | 4 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

49 - No responsable de IVA

| Obligados aduaneros | | | | | | | | | | Exportadores | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|--------------|----------|----------|---|---|---|----------|---------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 55. Forma | 56. Tipo | Servicio | 1 | 2 | 3 | 57. Modo | 58. CPC | | | | | | | | | | |
| 54. Código | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI NO 60. N.º de Folios: 0 61. Fecha 2021-08-13 / 16:42:55

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.

Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre RIOS ANDICA JHON JAIRO

985. Cargo CONTRIBUYENTE

| | | | | |
|--|--|---|---|-------------------------|
|  ALCALDÍA DE SANTIAGO DE CALI DESARROLLO SOCIAL SERVICIO DE SALUD PÚBLICA | SISTEMA DE GESTIÓN Y CONTROL INTEGRADOS (SISTEDA, SGC y MECI) | | | MMDS01.03.06.18.P06.F97 |
| | VERSIÓN 1 | | FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA EN REVISIÓN | |
| CIUDAD Cali | FECHA 10-FEB-06 | ACTA N° VA N° 12198 | | |
| ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD SOPM 03 Lote | | | | |
| IDENTIFICACIÓN DEL VEHÍCULO | | | | |
| * CAMPO OBLIGATORIO * NOMBRE DEL PROPIETARIO Jhon Jairo Pino Pineda * DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN CC 0000000000000000 C.E. 0000000000000000 NIT 0000000000000000 Número de documento 12198-06-129 * PLACA DEL VEHÍCULO 10J 150 * NÚMERO DE INSCRIPCIÓN 10J 150 TELÉFONOS 031 320 129 CORREO ELECTRÓNICO DEL PROPIETARIO jhonjairo.pino@correos.com.co * DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN Cl 13 bis 10B-06, Condinamarca, Soacha * DEPARTAMENTO Condinamarca * MUNICIPIO Soacha * CLASE DEL VEHÍCULO: Comioneta Camión 0 Moto 0 Otra 0 Cuál 0 * MARCA Honda * MODELO 2012 * COLOR Blanca Crema * TIPO DE ALIMENTO TRANSPORTADO Comida Seca SISTEMA DE REFRIGERACIÓN: SI NO * HORARIO Y DÍA DE FUNCIONAMIENTO 24x7 * NÚMERO DE TRABAJADORES 02 | | | | |
| FECHA DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN | FAVORABLE C FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS C DESFAVORABLE 0 | | % DE CUMPLIMIENTO DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN 100 % | |
| * MOTIVO DE LA VISITA PROGRAMACIÓN C ASOCIADA A PETICIONES, QUEJAS Y RECLAMOS SOLICITUD OFICIAL C SOLICITUD DE PRÁCTICA DE PRUEBAS/ PROCESOS SANCIONATORIOS ADMIN. | | | | |
| OTRO | Especifique: | | | |
| EVALUACIÓN CALIFICACIÓN Aceptable (A) Marque con una X cuando el establecimiento cumple la totalidad de los requisitos descritos en el instructivo para el aspecto a evaluar Aceptable con Requerimiento (AR) Marque con una X cuando el establecimiento cumple parcialmente los requisitos descritos en el instructivo para el aspecto a evaluar Inaceptable (I) Marque con una X cuando el establecimiento no cumple ninguno de los requisitos descritos en el instructivo para el aspecto a evaluar Crítico (C) Marque con una X la casilla 'C' cuando el incumplimiento del aspecto a verificar afecta la inocuidad de los alimentos y deba aplicar Medida Sanitaria de Seguridad que impida que el establecimiento continúe ejerciendo sus labores | | | | |
| I. CONDICIONES SANITARIAS DEL VEHÍCULO | | | | |
| 1 | DISEÑO DE LA UNIDAD DE TRANSPORTE | | HALLAZGOS | |
| 1.1 | Diseño sanitario del vehículo. (Decreto 561 de 1984, Art. 98 Decreto 2278/1982 Art. 365, 367, 368, 369 y 373 Decreto 616 de 2006 Art. 57, Art. 58 y Art. 59. Resol. 2674/2013, Art. 29, Núm. 5 y 9. Resol. 2505/2004, Art. 4.) | | A 12 | AR 0 |
| CALIFICACIÓN DEL BLOQUE | | C La calificación del bloque corresponde al 12% del total del acta | | |
| 2 | EQUIPOS Y UTENSILIOS | | HALLAZGOS | |
| 2.1 | Condiciones de los utensilios. (Decreto 561 de 1984, Art. 98 Decreto 2278/1982 Art. 366 y 368. Resolución 2505 de 2004, Art. 4. Resol. 2674/2013, Art. 29, Núm. 1 y 5, Art. 9, Núm. 1, 2. Resoluciones 683, 4142 y 4143 de 2012; 834 y 835 de 2013.) | | A 12 | AR 0 |
| CALIFICACIÓN DEL BLOQUE | | C La calificación del bloque corresponde al 12% del total del acta | | |
| 3 | PERSONAL MANIPULADOR DE ALIMENTOS | | HALLAZGOS | |
| 3.1 | Estado de salud. (Resol. 2674/2013, Art. 11, Núm. 5, Art. 14, Núm. 12.) | | A 13 | AR 0,5 |
| 3.2 | Reconocimiento Médico (Resolución 2674 de 2013, Artículo 11, Numeros 1, 2, 3, 4) | | A 4 | AR 2 |
| 3.3 | Prácticas higiénicas. (Resolución 2674/2013, Artículo 14, Numeros 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13 y 14. Artículo 15. Artículo 35, Numeral 5 y 7.) | | A 13 | AR 0,5 |
| 3.4 | Educación y Capacitación (Resolución 2674/2013, Artículos 12 y 13, Artículo 36.) | | A 6 | AR 3 |
| CALIFICACIÓN DEL BLOQUE | | C La calificación del bloque corresponde al 36% del total del acta | | |

| | | | | |
|--|--|--|---------------------------------|-------------------------|
|  ALCALDÍA DE SANTIAGO DE CALI DESARROLLO SOCIAL SERVICIO DE SALUD PÚBLICA | SISTEMA DE GESTIÓN Y CONTROL INTEGRADOS (SISTEDA, SGC y MECI) | | | MMDS01.03.06.16.P06.F97 |
| | | | VERSIÓN | 1 |
| | | | FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA | EN REVISIÓN |

**ACTA DE INSPECCIÓN SANITARIA CON ENFOQUE DE RIESGO
PARA VEHÍCULOS TRANSPORTADORES DE ALIMENTOS**

ACTA N° **VA N° 12198**

| | | | | | | |
|--|---|--------------------------------|-----|--|------------------|----------------|
| IV. SANEAMIENTO | | A | AR | I | HALLAZGOS | CRÍTICO |
| 4.1 | Limpieza del vehículo. (Resolución 2674/2013. Art. 29, Núm. 4 y 5.) | 15 | 7,5 | 0 | | |
| | | CALIFICACIÓN DEL BLOQUE | 15 | La calificación del bloque corresponde al 15% del total del acta | | |
| V. VERIFICACIÓN SOBRE EL PRODUCTO | | A | AR | I | HALLAZGOS | CRÍTICO |
| 5.1 | Condiciones de conservación del producto. (Decreto 2278/1982 Art. 368, 369, 373. Decreto 561 de 1984, Art. 89, 97, 98, 99. Resol. 2674/2013. Art. 29, Núm. 6, 7, 8, 9 y 10. Parágrafo 1 y 2.) | 20 | | 0 | | |
| 5.2 | Empaque, Rotulado y vida útil. (Decreto 561 de 1984, Art. 73. Decreto 5109 de 2005. Resol. 2674/2013. Art. 19, Numeral 2. Art. 29, Núm. 1.) | 5 | 2,5 | 0 | | |
| | | CALIFICACIÓN DEL BLOQUE | 2,5 | La calificación del bloque corresponde al 25% del total del acta | | |

| III. CONCEPTO SANITARIO | | | |
|--------------------------------|---|-----------------------|--|
| % DE CUMPLIMIENTO | CONCEPTO. Seleccione con una equis (X) el concepto sanitario a emitir | NIVEL DE CUMPLIMIENTO | Nota |
| <i>100%</i> | <input checked="" type="checkbox"/> FAVORABLE | 90-100% | |
| | <input type="checkbox"/> FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS | 60-89,9% | |
| | <input type="checkbox"/> DESFAVORABLE | < 59,9% | En caso que uno o más de los aspectos a evaluar sea identificado como crítico y calificado como Inaceptable (I), independiente del porcentaje de cumplimiento obtenido, el CONCEPTO SANITARIO a emitir será DESFAVORABLE y se procederá a aplicar la MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD respectiva. |

III. RELACIÓN DE LAS MUESTRAS TOMADAS EN EL ESTABLECIMIENTO

| | |
|-------------------------------------|--|
| NÚMERO TOTAL DE MUESTRAS TOMADAS | |
| NÚMERO DEL ACTA DE TOMA DE MUESTRAS | |

IV. REQUERIMIENTOS SANITARIOS

Se debe ajustar el establecimiento a la normatividad sanitaria vigente corrigiendo los hallazgos registrados en la presente acta.

V. APLICACIÓN DE MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD

SI No

VI. OBSERVACIONES

Por parte de la autoridad sanitaria:

Hc Presente el comiso.

Por parte del establecimiento:

Dejamento por su disposición de verificación.

VII. NOTIFICACIÓN DEL ACTA

Para comprobación previa lectura y ratificación del contenido de la presente nota firmaron los funcionarios y personas que intervinieron en la visita, hoy *23* del mes de *Junio* del año *2017* en la Ciudad de *Colombia*.

POR PARTE DE LOS FUNCIONARIOS QUE REALIZAN LA VISITA

| | |
|--------------------------------|----------------------|
| FIRMA: <i>Jhon Jairo</i> | FIRMA: <i></i> |
| NOMBRE: <i>Jhon Jairo Rios</i> | NOMBRE: <i></i> |
| CÉDULA: <i>16809684</i> | CÉDULA: <i></i> |
| CARGO: <i>Tecnico AD.</i> | CARGO: <i></i> |
| INSTITUCIÓN: <i>CGT Norte</i> | INSTITUCIÓN: <i></i> |

POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO

| | |
|---------------------------------|-----------------|
| FIRMA: <i>Jhon Jairo Rios.</i> | FIRMA: <i></i> |
| NOMBRE: <i>Jhon Jairo Rios.</i> | NOMBRE: <i></i> |
| CÉDULA: <i>15930129.</i> | CÉDULA: <i></i> |
| CARGO: <i>Propietario.</i> | CARGO: <i></i> |

| | | | |
|------------------------------------|----------------------------------|------------------------|----------------|
| Elaborado por: Pedro Cusum Salazar | Cargo: Profesional Universitario | Fecha: 07 / Jun / 2017 | Firma: <i></i> |
|------------------------------------|----------------------------------|------------------------|----------------|

| | | | |
|---|---------------------------------|------------------------|----------------|
| Revisado por: Martha Faride Rueda Mayorga | Cargo: Directora Local de Salud | Fecha: 07 / Jun / 2017 | Firma: <i></i> |
|---|---------------------------------|------------------------|----------------|

| | | | |
|--|-------------------------------|------------------------|----------------|
| Aprobado por: Alexander Duran Peñafiel | Cargo: Secretario de despacho | Fecha: 07 / Jun / 2017 | Firma: <i></i> |
|--|-------------------------------|------------------------|----------------|

Referencia Bancaria

Martes, 24 de agosto de 2021

A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que JHON JAIRO RIOS ANDICA identificado(a) con CC 15.930.129, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

| Nombre Producto | No. Producto | Fecha Apertura | Estado |
|-------------------|--------------|----------------|--------|
| CUENTA DE AHORROS | 22125267321 | 2021/08/24 | ACTIVA |

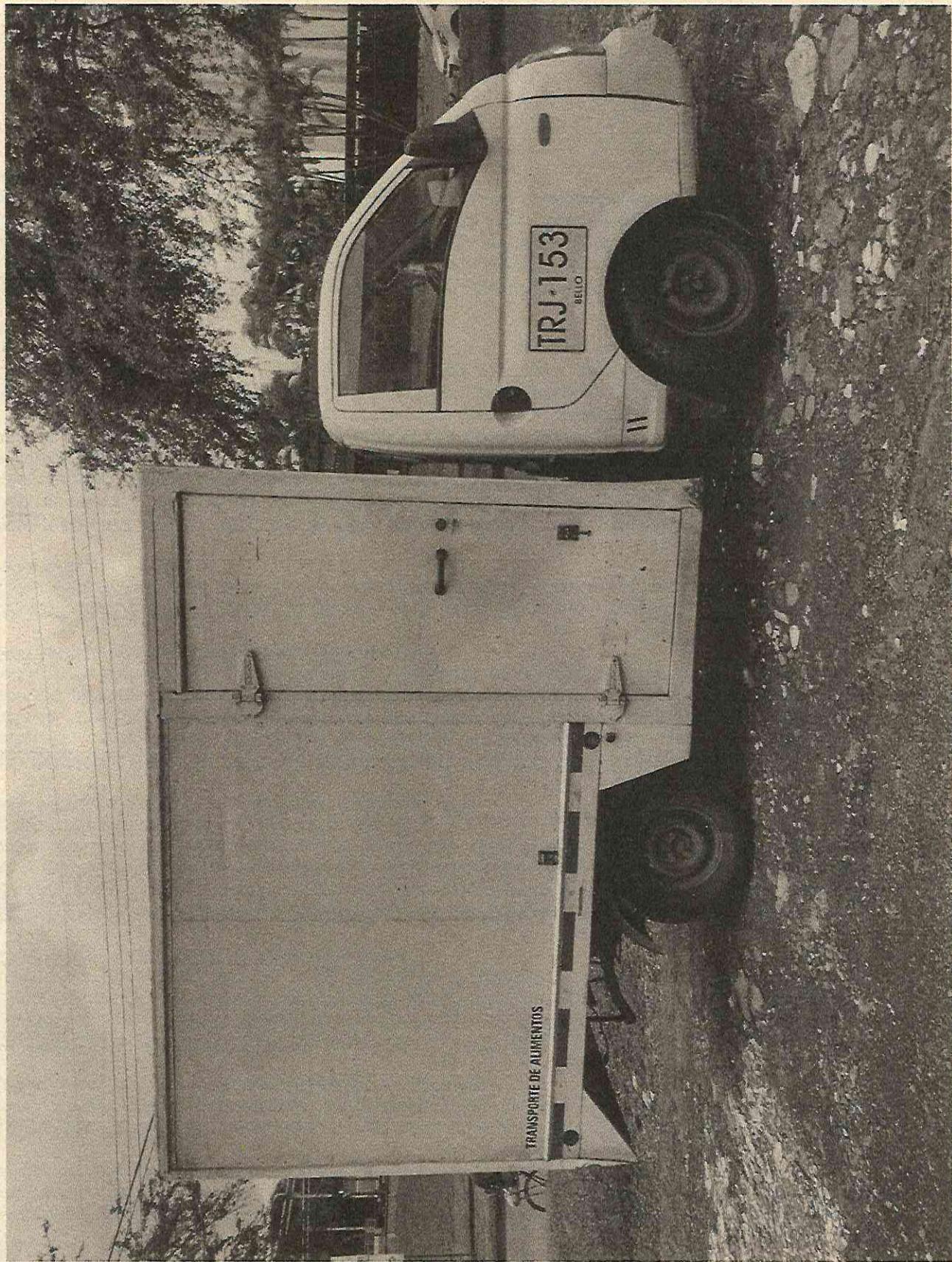
* Importante: Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

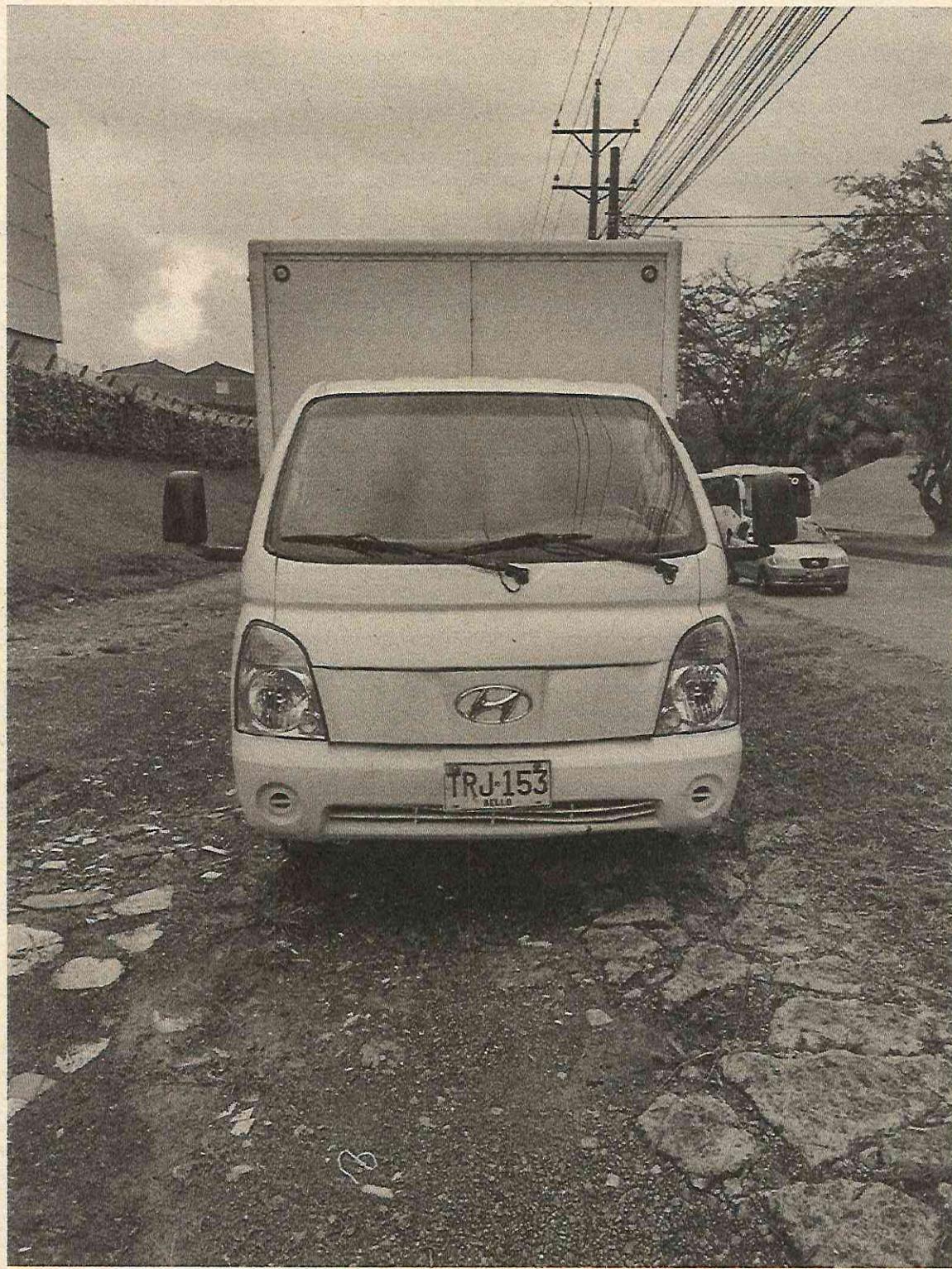
* Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia en los siguientes números: Medellín 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 996 717 - Estados Unidos (1) 1 860 379 97 14.

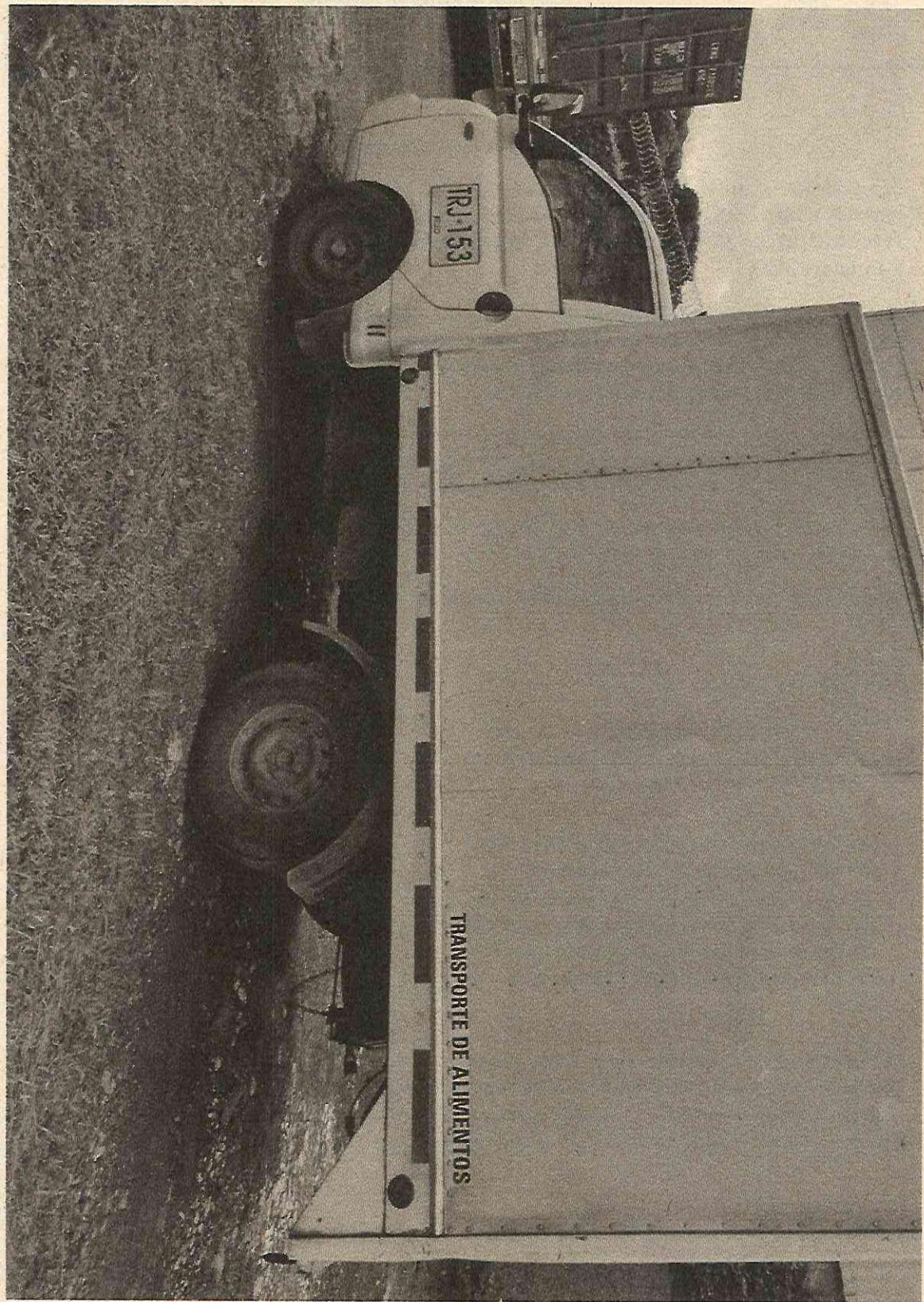
Claudia Posada Alvarez
Gerente Bancolombia S.A.

le estamos poniendo el alma

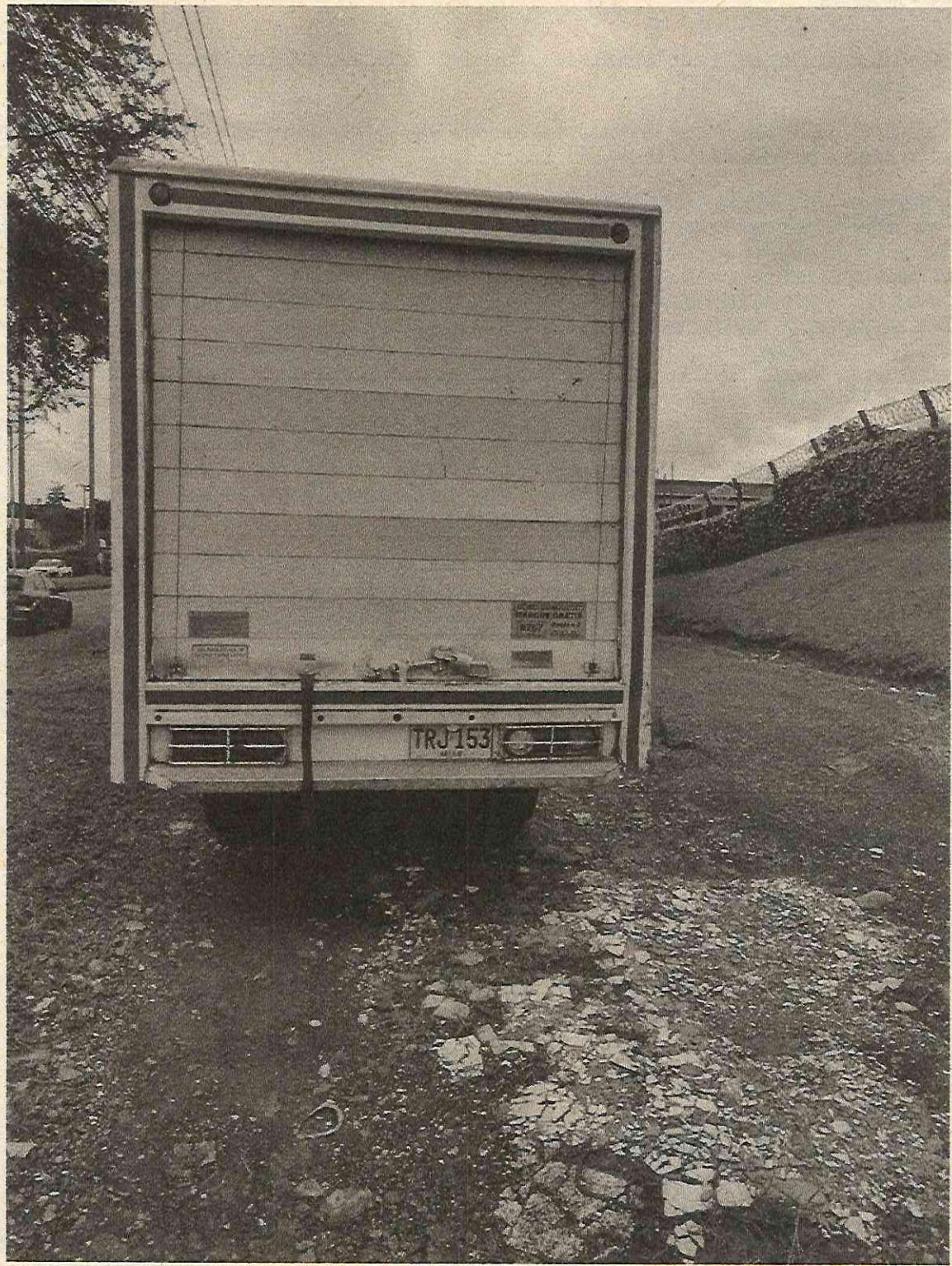
Bancolombia







TRANSPORTE DE ALIMENTOS



SUSCRITOR

1654

MARIA ANTONIA ANDICA DE RIOS
SR5-CENTRO NORTE
CL 20 13 70 AP 101

Referente de pago 6084656015



(415)770998764552(8020)6084656015(3900)00060000196/20230916

Gracias por su pago oportuno. **VALOR POR PAGAR****60,000****SUSCRITOR**

MARIA ANTONIA ANDICA DE RIOS
CL 20 13 70 AP 101
SR5-CENTRO NORTE

SOLICITE COBRO A DOMICILIO SIN NINGUN COSTO

pqr@legoncomunicaciones.com

INFORMACIÓN TARIFARIA

Servicio

Saldo Anterior

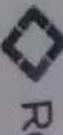
Mensualidad 2023-9

60,000

Si usted cancela
despues de la fecha
limite, descuento dicho
pago de este saldo.

OFICINA Santa Rosa de Cabal Dir: CRA 12 # 13-68 Centro Telf: 3658914
INGRESE SOLO SU REFERENTE DE PAGO

CONVENIO # 7525

efecty  Red Aval

www.legontelecomunicaciones.com

VALOR POR PAGAR
60,000

FECHA DE VENCIMIENTO

2023 9 16