



# HOJA DE VIDA

PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible

Fecha	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 <b>Quiceno Duque</b>		Nombre(s) del aspirante <b>JUAN CARLOS</b>	
Fecha de nacimiento <b>18   02   87</b>		Lugar de nacimiento <b>santa Rosa de cabal</b>	
Dirección domicilio / Barrio <b>vereda campo alegre estación</b>		Ciudad <b>santa Rosa de cabal</b>	
Teléfono		N°. Celular <b>3217201560</b>	
Correo electrónico <b>quiceneduquejuancarlos@gmail.com</b>		Nacionalidad <b>colombiana</b>	
Profesión, ocupación u oficio <b>oficios varios</b>		(*) Estado civil <b>unión libre</b>	
		Años de experiencia laboral <b>18 años</b>	

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

Cédula de ciudadanía: <input type="checkbox"/> No <b>1107048566</b>	(**) Libreta militar No. <b>1107048566</b>	Primera clase: <input checked="" type="checkbox"/>
Extranjería: <input type="checkbox"/> Expedida en: <b>cali</b>	Distrito No. <b>03</b>	Segunda clase: <input type="checkbox"/>
Tarjeta profesional No.	¿Tiene vehículo? <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Licencia de conducción No. <b>1107048566</b> Categoría <b>A2 - B1 - C1</b>



## II. PERFIL LABORAL

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

**Bachiller - curso de natación**  
**curso entrenamiento físico - certificado de artes marciales**  
**puntual aprendizaje rápido? Buen desempeño honestidad**  
**conductor vigilancia campo Restaurantes carpintería en abrimiento**  
**dominio docente en deportes.**

## III. INFORMACIÓN PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		¿En qué empresa?		Empleado <input type="checkbox"/> Tipo de contrato	
				Independiente <input type="checkbox"/>	
¿Trabajó antes en esta empresa? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		¿Solicitó empleo antes en esta empresa? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		Fecha	
				D   M   A	
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		Nombre		Dependencia	
¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Vive en casa: ¿Familiar? <input checked="" type="checkbox"/> ¿Propia? <input type="checkbox"/> ¿Alquilada? <input type="checkbox"/>		Nombre del arrendador	
				Teléfono	
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		Describalo e indique su valor mensual		¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar? <b>1 año</b>	
¿Por qué conceptos? <b>magnutención familiar</b>				¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? <b>\$ 700000</b>	
¿Cuál es su principal afición? <b>capacitarme</b>		¿Practica algún deporte? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Cuánto es su aspiración salarial? <b>\$ la asignada</b>	
		¿Cuál(es)? <b>medallas trofeos clasificatorias</b>		¿Cuál(es)? <b>artes marciales fútbol</b>	

11618353

7 702124 007813 >



## IV. INFORMACIÓN FAMILIAR

Nombre esposa(o) o compañera(o) maria Isabel corrales		Profesión, ocupación u oficio ama de casa		Empresa donde trabaja	
Cargo actual		Dirección	Teléfono 3216507540	Ciudad Santa Rosa	
No. de personas que dependen económicamente de usted 2		Parentesco esposa e hija		Edades 25 - 9	
Nombre(s) padre(s) maria Isabel Duque		Profesión, ocupación u oficio oficios varios		Teléfono(s) 3160521584	
Nombre(s) hermano(s) Jose Aldemar Quiceno		Profesión, ocupación u oficio oficios varios		Teléfono(s) 3148010143	
maria Eugenia Quiceno		oficios varios		3121108903	

## 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 <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	2007	6	Bachiller	simon Rodriguez	calup
Educación Superior Técnico <input type="checkbox"/> Tecnológico <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/>					
Posgrados					
Otros: cursos, diplomados, seminarios.	Intensidad horaria	Nombre del programa		Institución	
Otros: cursos, diplomados, seminarios.	Intensidad horaria	Nombre del programa		Institución	
¿Cursa estudios actualmente? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Qué tipo de estudios?		Duración (años, semestres, meses)	Año / semestre que cursa
Nombre de la institución		Horario Diurno <input type="checkbox"/> Nocturno <input type="checkbox"/>		Fin de semana <input type="checkbox"/> A distancia <input type="checkbox"/>	
OTROS CONOCIMIENTOS: Indique el grado de dominio R-Regular (50 a 60%) B-Buena (61 a 80%) MB-Muy Buena (81 a 100%)					
Sistemas Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	1.	R B MB	3.	R B MB	
¿Qué programas maneja?	2.	R B MB	4.	R B MB	
Idiomas Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	1.	Escucha R B MB	Lectura R B MB	Escritura R B MB	Habla R B MB
¿Qué idioma(s) conoce?	2.	R B MB	R B MB	R B MB	R B MB

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

## VI. EXPERIENCIA LABORAL

FAVOR RELACIONAR LOS ÚLTIMOS TRES EMPLEOS QUE USTED HA DESEMPEÑADO, COMENZANDO POR EL ÚLTIMO O ACTUAL. SI NECESITA DAR MÁS DETALLES UTILICE LA ÚLTIMA PÁGINA DE NOTAS ADICIONALES. ESTOS DATOS SERÁN VERIFICADOS Y SU MANEJO SERÁ CONFIDENCIAL.

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	
Funciones realizadas Transporte de personas y demás				Sueldo Inicial \$1200000		Sueldo Final \$1200000	
Nombre de su jefe inmediato Jose Aldemar		Cargos		dueño del negocio			
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 <b>Bodega principal estadio</b>		Actividad Económica		Dirección <b>estadio santa rosa</b>		Teléfono(s) <b>3115789652</b>	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted <b>conductor</b>		Área del cargo		Fecha Ingreso D M A		Fecha Retiro D M A	
						Sueldo Inicial \$ Sueldo Final \$	
Funciones realizadas <b>entrega de gas</b>							
Nombre de su jefe inmediato <b>eduardo cardona</b>				Cargo <b>administrador</b>			
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 <b>cil 20 # 13-30</b>		Teléfono(s) <b>3136380604</b>	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted <b>conductor</b>		Área del cargo		Fecha Ingreso D M A		Fecha Retiro D M A	
						Sueldo Inicial \$1200000 Sueldo Final \$1200000	
Funciones realizadas <b>entrega de carga</b>							
Nombre de su jefe inmediato <b>maria antonia radica</b>				Cargo <b>dueño</b>			
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 <b>Julian Albares</b>	Ocupación <b>Independiente</b>	Dirección <b>cali</b>
			Teléfono <b>3206600029</b>
2.	Nombre <b>Jhonatan soto</b>	Ocupación <b>Independiente</b>	Dirección <b>santa rosa</b>
			Teléfono <b>3126485482</b>
Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente			
1.	Nombre <b>Jose aldemar quireno</b>	Ocupación <b>Oficeros varios</b>	Dirección <b>Vereda San Juan</b>
			Teléfono <b>3148010143</b>
2.	Nombre <b>mana Isabel corrales</b>	Ocupación <b>ama de casa</b>	Dirección <b>santa rosa</b>
			Teléfono <b>3216507840</b>

Autorizo pedir información de mi Hoja de Vida sin ninguna restricción.



<b>Nota importante</b> Favor no llamar por teléfono ni acudir a preguntar por el resultado de esta solicitud. Nosotros le avisaremos, gracias.	<b>Certificación</b> 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).	<b>Firma del solicitante</b>  <b>C.C. 1107048566</b>
---	---	--



12 1

  
ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **18-FEB-1987**  
**SANTA ROSA DE CABAL**  
(RISARALDIA)  
LUGAR DE NACIMIENTO

**1.70** **A+** **M**  
ESTATURA G.B. PH SEXO

**28-JUN-2006 CALI**  
FECHA Y LUGAR DE EXPIRACION



P-3100100-65151171-M-1107048566-20060822 0056108230A DE 219055246

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CECULA DE CIUDADANIA

NÚMERO **1.107.048.566**

**QUICENO DUQUE**  
APELLIDOS

**JUAN CARLOS**  
NOMBRES



*Juan Carlos*  
FIRMA



**CATEGORIAS AUTORIZADAS**

CATEGORIA	CLASE DE VEHICULO	VIGENCIA	SERVICIO
A2	MOTOCICLETA Y MOTOTRIGICLO DE CUALQUIER CILINDRAJE	10-04-2023	PARTICULAR
B1	AUTOMOVIL, MOTOCARRO, CUATRIMOTO, CAMPERO, CAMIONETA Y MICROBUS	04-10-2023	PARTICULAR
C1	AUTOMOVIL, MOTOCARRO, CAMPERO, CAMIONETA Y MICROBUS	04-10-2025	PUBLICO




ESTA LICENCIA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

LC02005459080

MOQUER GANTHER 2014-02-02

 **REPÚBLICA DE COLOMBIA**  
 MINISTERIO DE TRANSPORTE  
**LICENCIA DE CONDUCCIÓN**

**No. 1107048566**

**Nombre:**  
**JUAN CARLOS QUICENO DUQUE**

**FECHA DE NACIMIENTO:**  
**18-02-1987**

**FECHA DE EMISION:**  
**04-10-2022**

**RESTRICCIONES DEL CONDUCTOR:**

**ORGANISMO DE TRANSITO EMISOR:**  
**STRIA TTO y GOB MCPAL SANTA ROSA CABAL**

**SAHORE-RH:**  
**A+**







Libertad y Orden

# REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE



LICENCIA DE TRÁNSITO No.

10028147045

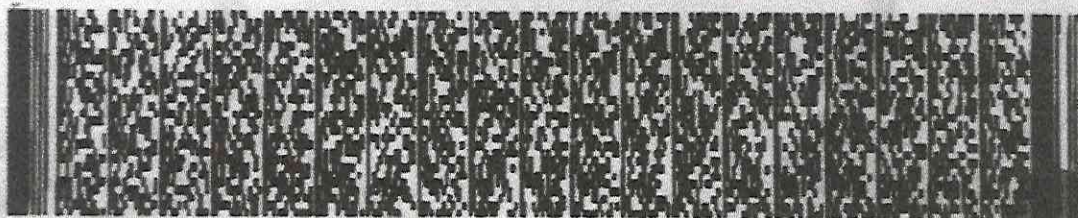
PLACA <b>TRJ153</b>	MARCA <b>HYUNDAI</b>	LÍNEA <b>H100 PORTER</b>	MODELO <b>2012</b>
CILINDRADA CC <b>2.476</b>	COLOR <b>BLANCO CREMA</b>	SERVICIO <b>PÚBLICO</b>	
CLASE DE VEHÍCULO <b>CAMIONETA</b>	TIPO CARROCERÍA <b>FURGON</b>	COMBUSTIBLE <b>DIESEL</b>	CAPACIDAD Kg/PSJ <b>1210</b>
NÚMERO DE MOTOR <b>D4BHB044303</b>	REG <b>N</b>	VIN <b>KMFZBX7HACU773020</b>	
NÚMERO DE SERIE <b>KMFZBX7HACU773020</b>	REG <b>N</b>	NÚMERO DE CHASIS <b>KMFZBX7HACU773020</b>	REG <b>N</b>
PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) <b>RIOS ANDICA JHON JAIRO</b>			IDENTIFICACIÓN <b>C.C. 15930129</b>

Powered by CamScanner

RESTRICCION MOVILIDAD	BLINDAJE *****	POTENCIA HP <b>0</b>
DECLARACION DE IMPORTACION <b>882011000070783</b>	VE <b>1</b>	FECHA IMPORT. <b>06/09/2011</b>
LIMITACION A LA PROPIEDAD *****		PUERTAS <b>2</b>

FECHA MATRICULA <b>20/10/2011</b>	FECHA EXP. LIC. TTD. <b>06/01/2023</b>	FECHA VENCIMIENTO *****
ORGANISMO DE TRÁNSITO		

**STRIA TTEYTTO BELLO**



LT06004742403



REPUBLICA DE COLOMBIA  
 IDENTIFICACION PERSONAL  
 Cedula de Ciudadania

NOMBRE: RIOS ANDICA  
 APELLIDO: JHON JAIR

NUMERO: 15.930.129

FOTOGRAFIA

FIRMA

FECHA DE NACIMIENTO: 25-SEP-1974

SUPIA  
 (CALDAS)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.73  
 ESTATURA

O+  
 G.S. RH

M  
 SEXO

10-DIC-1992 SUPIA  
 FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRO NACIONAL  
 CARLOS ANDRÉS SUAREZ TORRES

MOJCE DESIGNO

A 1500150-00206077 M-0015930129-20091294 0019310091A.1 1340544028



# SOAT

POLIZA DE SEGURO DE DAÑO CORPORALES CAUSADOS A LAS PERSONAS EN ACCIDENTES DE TRANSITO

FECHA DE EMISION:	VIGENCIA:
AÑO   MES   DIA	DESDE   AÑO   MES   DIA
2022   10   17	2022   10   19
	HASTA LAS 2359 HORAS DEL DIA
	2023   10   18



ASEGURADORA

**sura**

890.903.407 - 9

Nº DE PÓLIZA	PLACA Nº	CLASE DE VEHICULO	SERVICIO	CILINDRADA/LEVANTOS	MODELO
30211328	TRJ153	CAMIONETA	PUBLICO URBANO	2476	2012

PASAJEROS	MARCA	CARROCEÑA
2	HYUNDAI	
LÍNEA VEHICULO	H100PORTER	

Nº MOTOR	Nº CHASSIS & Nº SERIE	Nº VIN	CAPACIDAD TON
D4BHB044303	KMFZBX7HACU773020	KMFZBX7HACU773020	1210.0

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR	TELÉFONO DEL TOMADOR	TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	Nº DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	CUIDAD RESIDENCIA TOMADOR
MARTHA CECILIA RODRIGUEZ CANO	3052598642	CEDULA	32524253	

CÓDIGO DE ASEGURADORA	CÓD. SUCURSAL EXPEDIDORA	CLAVE PRODUCTOR	Nº FORMULARIO	CUIDAD 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	SALARIOS MÍNIMOS LEGALES DIARIOS VIGENTES
TOTAL A PAGAR: \$ 732.600				B. INCAPACIDAD PERMANENTE	180	
				C. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS	750	
				D. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VÍCTIMAS	10	

*Ana Carolina*

FIRMA AUTORIZADA



## CON EL SOAT SURA VAMOS MÁS ALLÁ

Porque estamos contigo si tienes un accidente de tránsito donde hay lesionados, a través del **#888**.



### 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 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 800051888. Para conocer las políticas de privacidad visite [www.segurossura.com.co](http://www.segurossura.com.co)"





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

**RUNT**  
REGISTRO ÚNICO NACIONAL DE TRÁNSITO



**CERTIFICADO DE REVISIÓN TÉCNICA 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: D48HB044303

NRO. CHASIS: KMFZBX7HACU773020

VIN: KMFZBX7HACU773020

LÍNEA: H100 PORTER

COLOR: BLANCO CREMA

NOMBRE PROPIETARIO: MARTHA C. RODRIGUEZ C.


FIRMA DEL RESPONSABLE

LUIS FELIPE MUNERA CAÑAS







 <b>ALCALDÍA DE SANTIAGO DE CALI</b> DESARROLLO SOCIAL SERVICIO DE SALUD PÚBLICA	<b>SISTEMA DE GESTIÓN Y CONTROL INTEGRADOS</b> (SISTEDA, SGC y MECI)		MMSD01.03.06.18.P06.F97	
	<b>ACTA DE INSPECCIÓN SANITARIA CON ENFOQUE DE RIESGO</b> <b>PARA VEHÍCULOS TRANSPORTADORES DE ALIMENTOS</b>		VERSIÓN 1	
			FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA	EN REVISIÓN

CIUDAD: <u>CAR</u>	FECHA: <u>13-Feb-2023</u>	ACTA N°: <u>VA N° 12198</u>	
ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD: <u>Spm car</u>			

IDENTIFICACIÓN DEL VEHÍCULO			
* CAMPO OBLIGATORIO			
* NOMBRE DEL PROPIETARIO: <u>Jhon Jairo Rios Pineda</u>			
* DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: <u>CC 923 C.E.</u>		NIT: <u>15-920129</u>	
* PLACA DEL VEHÍCULO: <u>123 ISO</u>		* NÚMERO DE INSCRIPCIÓN: <u></u>	
TELÉFONOS: <u></u>			
CORREO ELECTRÓNICO DEL PROPIETARIO: <u></u>			
* DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN: <u>Calle 104-06</u>			
* DEPARTAMENTO: <u>Cundinamarca</u>		* MUNICIPIO: <u>Soocha</u>	
* CLASE DEL VEHÍCULO: <u>Camioneta</u> <input checked="" type="checkbox"/> Camión <input type="checkbox"/> Moto <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cuál <input type="checkbox"/>			
* MARCA: <u>Hyundai</u>		* MODELO: <u>292</u>	
* TIPO DE ALIMENTO TRANSPORTADO: <u>Carga seca</u>		* COLOR: <u>Blanco crema</u>	
SISTEMA DE REFRIGERACIÓN: SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>			
* HORARIO Y DÍA DE FUNCIONAMIENTO: <u>24/7</u>		* NÚMERO DE TRABAJADORES: <u>02</u>	

CONCEPTO SANITARIO DE LA ÚLTIMA VISITA			
FECHA DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN: <u></u>	FAVORABLE <input checked="" type="checkbox"/>	FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS <input type="checkbox"/>	DESFAVORABLE <input type="checkbox"/>
	% DE CUMPLIMIENTO DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN		100 %

MOTIVO DE LA VISITA			
PROGRAMACIÓN: <input checked="" type="checkbox"/>	SOLICITUD DEL INTERESADO: <input checked="" type="checkbox"/>	ASOCIADA A PETICIONES, QUEJAS Y RECLAMOS: <input type="checkbox"/>	
SOLICITUD OFICIAL: <input type="checkbox"/>	EVENTO DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA: <input type="checkbox"/>	SOLICITUD DE PRÁCTICA DE PRUEBAS/ PROCESOS SANCIONATORIOS ADMIN.: <input type="checkbox"/>	
OTRO: <input type="checkbox"/> Especifique: <u></u>			

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 afecte la inocuidad de los alimentos y deba aplicarse Medida Sanitaria de Seguridad que impida que el establecimiento continúe ejerciendo sus labores		

CONDICIONES SANITARIAS DEL VEHÍCULO				
1. DISEÑO DE LA UNIDAD DE TRANSPORTE	A	AR	I	HALLAZGOS
Diseño sanitario del vehículo. (Decreto 561 de 1984, Art. 98 Decreto 2278/1982 Art. 355, 367, 368, 369 y 373 Decreto 618 de 2006 Art. 57, Art. 58 y Art. 59. Resol. 2674/2013, Art. 29, Núm. 5 y 9. Resol. 2505/2004, Art. 4.)	12		0	C
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE			12	La calificación del bloque corresponde al 12% del total del acta
2. EQUIPOS Y UTENSILIOS	A	AR	I	HALLAZGOS
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; 334 y 835 de 2013.)	12		0	C
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE			12	La calificación del bloque corresponde al 12% del total del acta
3. PERSONAL MANIPULADOR DE ALIMENTOS	A	AR	I	HALLAZGOS
Estado de salud. (Resol. 2674/2013, Art. 11, Núm. 5. Art. 14, Núm. 12.)	13	0,5	0	C
Reconocimiento Médico (Resolución 2674 de 2013, Artículo 11, Numeral 1 2, 3, 4)	4	2	0	C
Prácticas higiénicas. (Resolución 2674/2013, Artículo 14, Numerales 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13 y 14. Artículo 35, Numeral 5 y 7.)	13	0,5	0	C
Educación y Capacitación (Resolución 2674/2013, Artículos 12 y 13, Artículo 35.)	6	3	0	C
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE			36	La calificación del bloque corresponde al 36% del total del acta





DESARROLLO SOCIAL  
SERVICIO DE SALUD PÚBLICA

SISTEMA DE GESTIÓN Y CONTROL INTEGRADOS  
(SISTEDA, SGC y MECI)

ACTA DE INSPECCION SANITARIA CON ENFOQUE DE RIESGO  
PARA VEHICULOS TRANSPORTADORES DE ALIMENTOS

MMDS01.03.06.16.P06.F67

VERSIÓN

1

FECHA DE ENTRADA EN  
VIGENCIA

EN REVISION

ACTA N°

VA N° 12198

4. 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	
5. 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, 4. 30, Párrafo 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		25			La calificación del bloque corresponde al 25% del total del acta	
II. CONCEPTO SANITARIO						
% DE CUMPLIMIENTO	CONCEPTO. Seleccione con una equis (X) el concepto sanitario a emitir		NIVEL DE CUMPLIMIENTO		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.	
100%	FAVORABLE		90-100%			
	FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS		60- 89,9%			
	DESAVORABLE		< 59,9%			
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						
Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>						
VI. OBSERVACIONES						
Por parte de la autoridad sanitaria:						
He Pedro de Cordero						
Por parte del establecimiento:						
Agradecimiento por su disposición de verificación.						
VII. NOTIFICACIÓN DEL ACTA						
Por constancia previa lectura y verificación del contenido de la presente acta, firmaron funcionarios y personas que intervinieron en la visita, hoy 03 del mes de junio del año 2017 en la Ciudad de Cali (CO)						
POR PARTE DE LOS FUNCIONARIOS QUE REALIZAN LA VISITA						
FIRMA:				FIRMA:		
NOMBRE:	Pedro de Cordero			NOMBRE:		
CÉDULA:	16899884			CÉDULA:		
CARGO:	Tecnico AS.			CARGO:		
INSTITUCIÓN:	CPO Norte			INSTITUCIÓN:		
POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO						
FIRMA:				FIRMA:		
NOMBRE:	Jhon Jairo Ros.			NOMBRE:		
CÉDULA:	15930129.			CÉDULA:		
CARGO:	Propietario			CARGO:		
Elaborado por: Pedro Cuenú Salazar		Cargo: Profesional Universitario		Fecha: 07 / Jun / 2017		Firma:
Revisado por: Martha Faride Rueda Mayorga		Cargo: Directora Local de Salud		Fecha: 07 / Jun / 2017		Firma:
Aprobado por: Alexander Duran Peñafoel		Cargo: Secretario de despacho		Fecha: 07 / Jun / 2017		Firma:



# Referencia Bancaria

Martes, 24 de agosto de 2021

A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que JHÓN 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

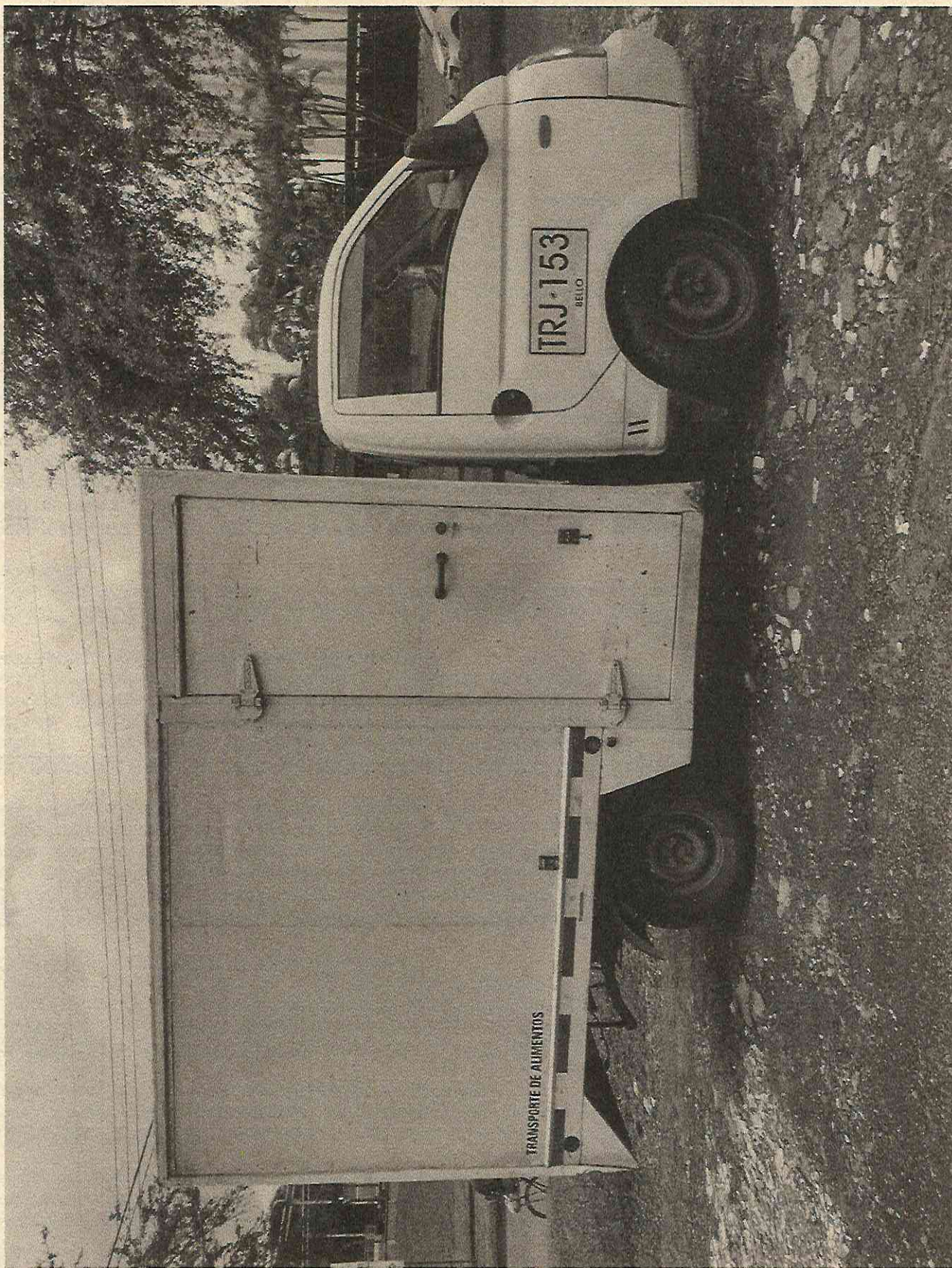
\* Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia en los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 68 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 996 717 - Estados Unidos (1) 1 800 379 97 14

Claudia Posada Álvarez  
Gerente Bancolombia S.A.

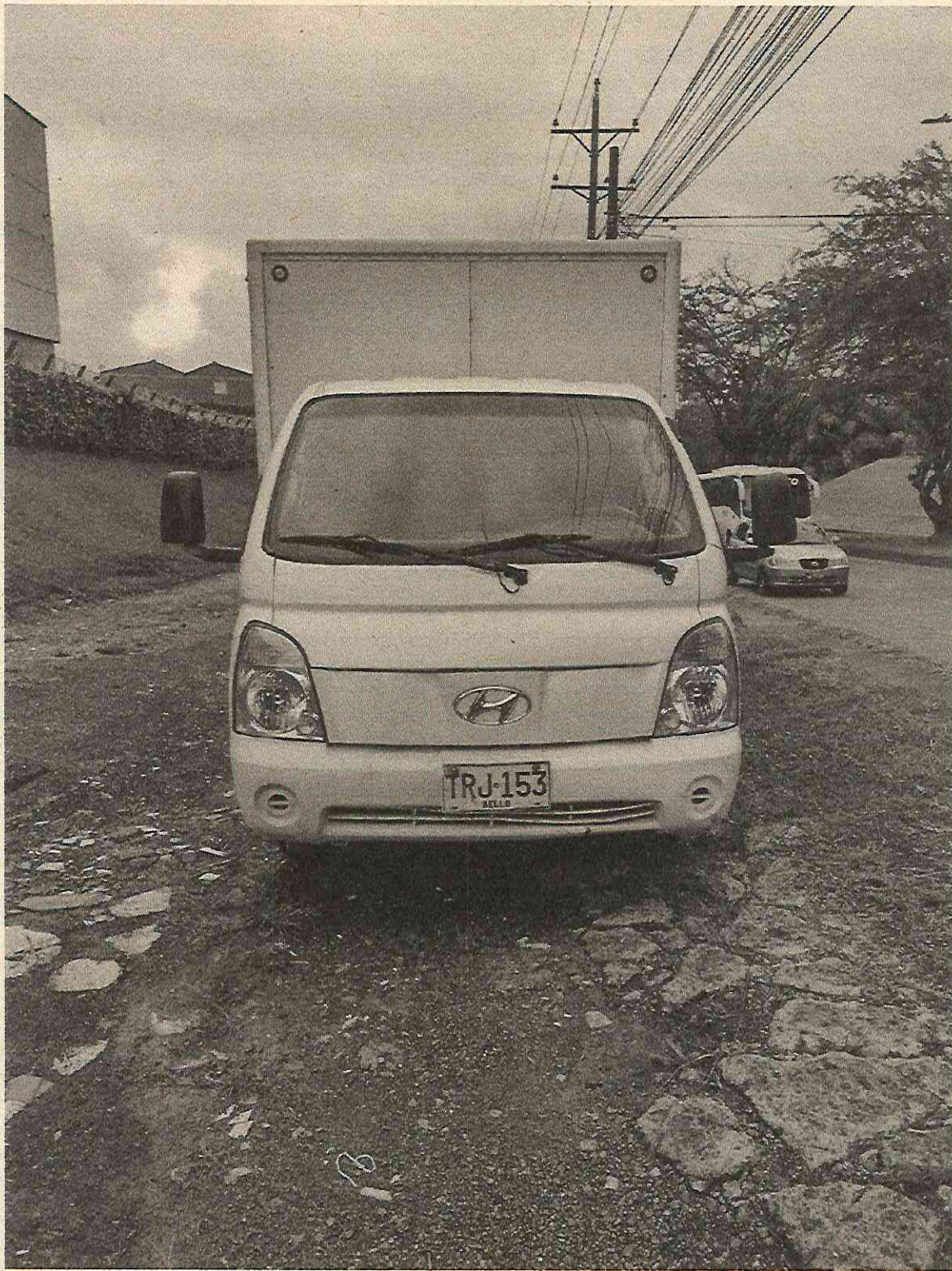
*le estamos poniendo el alma*

**Bancolombia**



















## SUSCRIPTOR

1654

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

Referente de pago 6084656015



(415)770998764552(8020)6084656015(3900)00080000(96)20230916

Gracias por su pago oportuno

VALOR  
POR  
PAGAR

60,000

**LEGÓN**

TELECOMUNICACIONES S.A.S.  
TV. mundo sin fronteras

## SUSCRIPTOR

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

## CALLCENTER

Combótizate con nuestra Telefonía Móvil para mas información  
[www.LEGONTELECOMUNICACIONES.com](http://www.LEGONTELECOMUNICACIONES.com) y/o Oficinas

CallCenter: Tels: 3400599

[pqr@legoncomunicaciones.com](mailto:pqr@legoncomunicaciones.com)

SOLICITE COBRO A DOMICILIO SIN NINGUN COSTO

## INFORMACIÓN TARIFARÍA

Servicio

Combo TV + @

Saldo Anterior

Mensualidad 2023-9

60,000

Si usted cancela  
después de la fecha  
límite, descuenta dicho  
pago de este saldo.

## OFICINA

Santa Rosa de Cabal Dir: CRA 12 # 13-68 Centro Telf: 3658914

## CONVENIOS DE PAGO

INGRESE SOLO SU REFERENTE DE PAGO

pse

[www.legontelescomunicaciones.com](http://www.legontelescomunicaciones.com)

CONVENIO # 7525

efecty Red Avoi

VALOR  
POR  
PAGAR

60,000

FECHA DE VENCIMIENTO

2023 9 16